Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 50. 10. December 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Zur Beurtheilung des Mageninhaltes in Bezug auf Säuregehalt und Gährungsproducte.[1])

Von *G. Hoppe-Seyler.*

Die Untersuchung des Mageninhalts bei Krankheiten, besonders bei denen des Magens selbst, in Bezug auf den Gehalt an Magensecret und an etwaigen abnormen Zersetzungsproducten der Nahrung hat jetzt für die Pathologie und Therapie ziemlich grosse Bedeutung erlangt.

Bei der Beurtheilung, ob eine normale Magensaftsecretion vorliegt oder nicht, ist es von besonderer Wichtigkeit, den Gehalt an freier Salzsäure im Mageninhalt zu bestimmen. Wenn man auch erkannt hat, dass das Fehlen der Salzsäure kein sicheres Kennzeichen für Magenkrebs ist, wie man dies zeitweise annahm, sondern dass bei dieser Krankheit auch Salzsäure vorhanden sein kann, andererseits Fehlen derselben auch bei starken Katarrhen, bei einfacher Atrophie der Schleimhaut etc. vorkommt, so wird doch der Nachweis, dass dieselbe fehlt oder nur in geringem Maasse vorhanden ist, wichtig sein insofern, als dadurch gezeigt wird, dass starke Schädigungen der Magendrüsen vorliegen, wie sie die Folge solcher schwerer Erkrankungen sein können. Andererseits ist der Nachweis gesteigerter Salzsäureproduction von Wichtigkeit bei der Beurtheilung, ob etwa Magengeschwür, Hyperchlorhydrie etc. bestehen.

Der qualitative Nachweis freier Salzsäure ist nach den üblichen Proben, wie der mit Congopapier, Methylviolett, Günzburg's Reagens etc., leicht zu erbringen, auch lässt der mehr oder weniger starke Ausfall der Reaction eine oberflächliche Schätzung der Menge zu, aber für eine etwas eingehendere Beurtheilung der betreffenden Krankheitszustände erscheint es doch nothwendig die Salzsäuremenge quantitativ zu bestimmen, und dazu dienen Methoden, welche meist sehr umständlich und für den Praktiker des dazu nöthigen Apparates wegen nicht leicht ausführbar sind, so die Verfahren von Cahn und von Mering, Leo, Lüttke, Sjöquist, Hayem-Winter u. A. Dieselben gestatten ja z. Th. mit grosser Genauigkeit die Salzsäuremenge zu bestimmen, aber sie erfordern auch Wägungen und langdauernde chemische Manipulationen und sind daher für den praktischen Gebrauch wenig passend. Nun ist neuerdings von G. Töpfer[2]) eine Methode der Bestimmung der Salzsäure und der organischen Säuren angegeben, die es gestattet, die einzelnen Säurefactoren getrennt zu bestimmen durch einfache Titration mit Natronlauge unter Verwendung verschiedener Farbstoffe als Indicatoren. Die Gesammtacidität wird mit Phenolphthaleïn bestimmt, da dasselbe auf alle Säurefactoren reagirt, die Menge der freien Salzsäure mit einer halbprocentigen alkoholischen Lösung von Dimethylamidoazobenzol. Diese wird durch freie Salzsäure roth gefärbt, bei Neutralisirung schlägt die Farbe rasch in Gelb um. Zur Bestimmung der locker gebundenen Salzsäure dient alizarinsulfosaures Natrium in einprocentiger wässeriger Lösung; dieselbe reagirt auf alle Säurefactoren mit Ausnahme der locker gebundenen Salzsäure. Die rothe Farbe, die im saueren Mageninhalt dabei zunächst sich bildet, geht beim Neutralisiren in Violett über. Diese Färbung bildet die Endreaction.

Der Farbenumschlag der rothen sauren Lösung von Dimethylamidoazobenzol in Gelb ist im Mageninhalt nicht so scharf als in wässeriger Lösung, da diese Flüssigkeiten leicht eine Eigenfarbe besitzen und daher den Umschlag in Gelb zögernder eintreten lassen.

Ich habe nun von Herrn Rauschning[3]) die Methode bei den verschiedensten Verhältnissen der Mischung von Salzsäure mit organischen Säuren, Eiweiss- und Peptonlösung, bei Mageninhalt unter Zusatz von Salzsäure, organischen Säuren etc. prüfen lassen und habe mich dabei davon überzeugt, dass die Methode 1) leicht ausführbar ist, wenn man 5 ccm der zu untersuchenden Flüssigkeit für jede Titrirung verwendet, 2) auch genügend scharfe Resultate liefert.

Wenn es vielleicht möglich ist, mit den anderen Methoden der Salzsäurebestimmung noch genauere Werthe zu erhalten, so kommt es bei klinischen Untersuchungen ja nicht auf Differenzen von hundertstel Procenten an. Wir untersuchen den Mageninhalt, nachdem die Kranken eine bestimmte Nahrung genossen haben; da können aber ziemlich grosse Unterschiede in der Salzsäuremenge durch ein Mehr oder Weniger an Flüssigkeitszufuhr, durch die Resorption und die Fortbewegung des Mageninhalts bedingt sein. Trinkt ein Kranker etwas mehr, so wird die Salzsäure entsprechend verdünnt, resorbirt er rasch oder ist die Fortbewegung eine rasche, so wird dadurch auch eine Alteration der Salzsäuremenge bedingt, so dass kleine Differenzen im Salzsäuregehalt, wie sie innerhalb der Fehlergrenzen der Töpfer'schen Methode liegen, nicht ins Gewicht fallen.

Neben der Production des Secrets achtet man bei Magenkrankheiten noch auf etwa vorhandene Gährungsproducte. Schon längst hat man desshalb dem Gehalt des Mageninhalts an Milchsäure, Essigsäure, Buttersäure etc. Aufmerksamkeit geschenkt. Neuerdings hat Boas hervorgehoben, dass eine reichliche Production von Milchsäure mit einer von ihm empfohlenen Methode nachgewiesen, besonders charakteristisch für Magenkrebs sei. Die Methode besteht im Wesentlichen in Extraction des Mageninhalts mit Aether, Destillation des Aetherrückstandes mit Schwefelsäure und Braunstein, Auffangen des aus Milchsäure gebildeten Acetaldehyds in Nessler's Reagens resp. alkalischer Jodlösung, welche dann entsprechende Niederschläge zeigen. Nun findet man bei dieser Krankheit allerdings sehr häufig wegen Mangel normalen Magensecrets und in Folge Stagnation des Inhalts reichliche Gährung und daher Bildung von organischen Säuren, wie besonders Milchsäure,

[1]) Nach Vorträgen im physiologischen Verein zu Kiel vom 15. bis 29. Juli 1895.

[2]) Zeitschrift für physiologische Chemie. Bd. 19, S. 104.

[3]) Inaugural-Dissertation. Kiel, 1895.

aber dasselbe kann auch eintreten und die Milchsäuregährung intensiv sein, wenn es, ohne Carcinom, zu mangelhafter Secretion und zu Stagnation im Magen kommt. Es ist das auch schon von anderen Seiten hervorgehoben worden. Ich hatte nun auch einen 33jährigen Kranken zu beobachten Gelegenheit, bei dem mein Assistent, Herr Dr. Wissel, constant reichlich Milchsäure im Mageninhalt, aber keine Salzsäure fand. Er kam ins städtische Krankenhaus mit sehr starkem fieberhaftem Darmkatarrh, reichlicher Ausscheidung von Indoxyl im Urin, später zeigte er im Magen bei ganz nüchternem Zustand häufig galligen Inhalt, so dass ein Regurgitiren von Galle aus dem Duodenum in den Magen zeitweise anzunehmen war. Der Magen war etwas dilatirt. Es bestand Aufstossen nach dem Essen; Erbrechen hatte früher nach Erbsen etc. bestanden, vor 8 Jahren will er einmal Blut gebrochen haben. Er erholte sich im Krankenhause allmählich, wurde Wärter im Krankenhause, dabei sehr kräftig und gut genährt. Von Zeichen eines Carcinoms war nie etwas bei ihm zu finden. Er litt wohl an den Folgen eines starken Magenkatarrhs, welcher die Salzsäure-Secretion stark beeinträchtigt hatte. Auch hatte er, wie mehrmals constatirt wurde, vollkommen gute, rasch wirkende motorische Function des Magens, da derselbe sich nach Probe-Mahlzeiten rechtzeitig entleerte. Die Boas'sche Methode leidet übrigens auch an dem Fehler, dass, wenn der Aether, wie gewöhnlich, etwas Alkohol enthält, aus dem im Aetherrückstand verbleibenden Alkohol bei der Destillation mit Schwefelsäure und Braunstein auch Acetaldehyd sich bildet, während gar keine Milchsäure vorhanden ist.

Wie ich schon früher mittheilte[4]), habe ich mich bemüht, aus dem Gasinhalt des Magens Schlüsse auf die in ihm vorgehenden Gährungsprocesse zu ziehen.

Es ist mir vorgeworfen worden in Lehrbüchern etc., dass meine Methode für praktische Zwecke zu umständlich sei, dass es besser sei, aus der Gährungsprobe im Brutschrank oder dem mikroskopischen Befund an Mikroorganismen die Gährung im Magen zu erschliessen. Ich sowohl, wie alle, die unter meiner Leitung mit der Methode gearbeitet haben, können das nicht zugeben. Auch weiss man nie, ob das, was man im Glas erhält, auch im Magen sich gebildet hätte. Es kommen im Magen so viele den Verlauf der Gährung beeinflussende Factoren in Betracht, dass die Gährungsprobe im Brutschrank etc. leicht ein falsches Bild über den thatsächlichen Verlauf der Gährung im Magen und die Bildung der verschiedenen Gährungsproducte ergeben kann. Denn die Wirkung des immer wieder secernirten Magensafts, die des hinabgeschluckten Speichels, der Resorption und Fortbewegung des Mageninhalts, der Schleimproduction etc. fällt im Gährungsrohr vollkommen weg und so findet man oft keine Gährung, wo sie im Magen vorhanden ist und umgekehrt. Auch die Beurtheilung der Gährung aus der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung des Mageninhalts ist nicht genügend; denn den Bakterien sieht man es nicht an, ob sie Gährung machen, und viele lassen sich schwer züchten, verlieren dabei ihre Gährfähigkeit; dieselbe Art kann oft Gährung erzeugen in dem einen Fall, im anderen nicht etc. So habe ich von Herrn Levy Versuche in dieser Beziehung machen lassen, welche ein wenig sicheres Ergebniss für die Beurtheilung von Gährungsvorgängen bei Berücksichtigung dieser Momente ergeben haben. Dieselben werden in seiner Inaugural-Dissertation näher geschildert werden.

(Uebrigens zeigen auch neuere Publicationen, die nach meinen Vorträgen erschienen sind, wie die von Rosenheim und Richter, Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. 28, wie wenig sichere Schlüsse sich aus dem Vorhandensein der verschiedenen Arten von Bakterien ziehen lassen, dass manche derselben z. B. bald Milchsäure produciren, bald nicht.)

So muss ich denn das Hauptgewicht bei der Beurtheilung von Gasgährungen im Magen auf die Untersuchung der aus dem Magen direct entleerten Gase legen und habe mich mit Herrn Dr. Wissel[5]) zusammen bemüht, den dazu dienenden Apparat möglichst zu vereinfachen. Es ist uns denn auch geglückt, einen Apparat zu construiren, mit welchem es leicht bei Magenspülungen gelingt, aus dem Mageninhalt Gase aufzusaugen, diese sogleich zu messen und ohne grosse chemische Manipulationen und umständliche Apparate auf Kohlensäure, Sauerstoff und Wasserstoff zu untersuchen. Eine Beschreibung desselben, sowie entsprechender Gährvorrichtungen für entleerten Mageninhalt wird demnächst von uns gegeben werden.

[4]) Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 50, S. 83 ff.

[5]) Vergl. auch Wissel, Ueber Gasgährung im menschlichen Magen. Zeitschrift für physiologische Chemie. Bd. 21.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatheilanstalt des Dr. Tausch in München.

Ein neuer Redressionsapparat für Skoliose.

Von Dr. *F. Tausch* in München.

Die orthopädischen Corsetten und portativen Apparate, die schon für Skoliosenbehandlung angewendet und empfohlen worden, sind unzählige. Aber gerade diese grosse Zahl beweist schon, dass die Wirkung und der Erfolg derselben nicht entsprechende waren. Die Schuld hieran liegt vor allem in der Art der Befestigung am Körper. Eine exacte Fixirung schien ja technisch unmöglich zu sein, so dass v. Volkmann zu sagen pflegte: „Wenn man es erreichen könnte, ein Corset am Körper exact zu fixiren, dann wäre die Behandlung und Heilung einer Skoliose ein Leichtes!"

Jedem, dem die Wirkung des Wolff'schen Transformationsgesetzes bekannt ist, leuchtet dies ja ein, man braucht ja nur die gekrümmte Wirbelsäule längere Zeit in steter Correction resp. Uebercorrection zu erhalten, dann wirkt die Belastung von selbst bessernd und heilend auf die Verschiebung und Verbiegungen ein. Also der umgekehrte Vorgang wie beim Entstehen der Skoliose.

Die beste Fixation besass immer noch das Gipscorset, da es mit breiter Basis überall aufsitzt. Daher erkennt man auch seit seiner Einführung einen gewissen Fortschritt in der Skoliosentherapie. Aber es bildet eben einen starren, den Bewegungen nicht folgenden, mit den Körperveränderungen nicht Schritt haltenden Apparat, der desshalb häufig erneut werden musste und der auch wegen der Hitze und Einengung des ganzen Körpers unbequem zu tragen war. Von allen sonstigen Apparaten und Corsetten war aber bisher nur ein einziges in zielbewusster Weise am Becken, diesem von der Natur selbst geschaffenen Stützpunkt des Oberkörpers, befestigt, das war das Corset von Hessing. Sein Hüftkammbügel, der sich nicht um das Becken zwischen Crista ilii und Trochanter, wie alle andern Apparate, die nach Anlegung sofort verrutschen und sich verschieben, sondern auf den Hüftkamm sich aufstützt, liegt vorzüglich fest und leistet dem Belastungsdruck des Oberkörpers unverschieblichen Widerstand.

Von dieser Idee des Hüftkammbügels ausgehend, habe ich mir ein Beckentheil construirt, welches nach allen Seiten unverschieblich ist. Ich habe den Hessing'schen Hüftbügel, der mit Leder bezogen und mit Flanell unterfüttert wird, bis zum Kreuzbein verlängert und erst hier nach abwärts gebogen. Die parallel der Wirbelsäule absteigenden Enden der Bügel, welchen als Unterlage ein gefüttertes Lederschild dient, sind hier verstellbar gegenseitig verschraubt. Nach vorn endigt der Hüftbügel, nachdem er sich genau anschmiegend über die Crista flächenförmig umkrümmt, unter- und innerhalb der Spina anterior super. Die vordere Vereinigung wird durch 2 Lederriemen (zum Knöpfen) erzielt. So ist der Bügel nach vorn, hinten und unten unverrückbar fixirt; um ein seitliches Erheben zu verhindern, geht beiderseits von den hinteren unteren Bügelenden aus ein Beckenreif nach vorn und umschliesst so die seitliche Fläche des Beckens. Bedingung ist bei allen diesen Theilen eine exacte Formung direct auf den Körper, nicht nach Gypsmodell oder gar Maass.

An diesem Beckentheil ist hinten in der Mitte eine senkrechte, dem Körper angeformte verlängerbare Stahlschiene befestigt, welche an ihrem oberen Ende ein Drehgelenk für die Achselstücke (cf. Abbild.) besitzt. Dadurch sind diese Achselstücke, die vor allem dazu dienen, den Oberkörper resp. Schultergürtel an die Metallschiene mittelst Schulterriemen zu fixiren, frei beweglich, machen demnach jede Schulterbewegung mit; sie verhindern nur ein Vorbeugen des Oberkörpers. Zwei verstellbare Gummizüge sorgen für elastisches Heben der Schultern und ermöglichen es auch, bei ungleich hoher Schulterhaltung die niedrige Schulter entsprechend höher zu stellen.

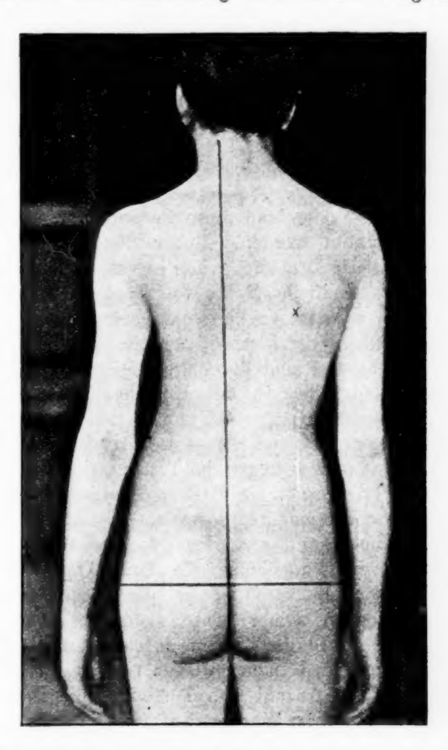


Die eigentliche Redression der Skoliose erfolgt nun, vorausgesetzt, dass die Wirbelsäule noch beweglich ist oder schon mobil gemacht worden ist, was ja jetzt, ausgenommen in den ganz schweren Fällen, durch genügend lang fortgesetzte Anwendung der energisch wirkenden Apparate von Beely, Lorenz, Hoffa, Schede u. s. w. erzielt werden kann, — durch entsprechende, an der Mittelstange angebrachte breite elastische Züge. Soll hierbei auch auf einen vorhandenen Rippenbuckel eingewirkt werden, so geschieht dies durch Vermittlung einer mit einer parabolischen Feder versehenen Pelotte. Um einen Druck auf die vorderen Rippenpartien zu vermeiden, befindet sich vorn (rechts bei R. dors. Skol.) ein federnder Stahlbügel, der an dem absteigenden Theil des Hüftbogens befestigt, an seinem oberen Ende einen Schlitz zum Durchstecken des elastischen Zuges trägt. (cf. Abbild. 1.)

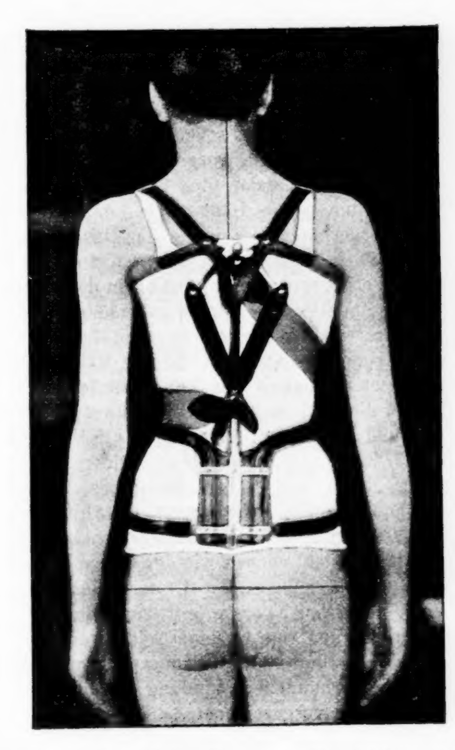
Wird ein stärkerer Druck für die lumbale Krümmung gewünscht, dann wird der Ansatzpunkt des entsprechenden Zuges seitlich verlegt.

Für die verhältnissmässig kurze Zeit — 1½ Jahr etwa —, denn bei der Behandlung von fortgeschritteneren Skoliosen hat man ja mit Jahren zu rechnen, seitdem ich den Redressionsapparat bei etwa 40 Fällen verwendet habe, bin ich sehr zufrieden damit.

Vor allem besitzt der Apparat aber ausser der exacten Fixation und Redression noch die Vorzüge, dass er ausgiebige Bewegungen gestattet, sehr leicht ist, ungemein bequem zu tragen, wie mir allseitig versichert wird, jede Einengung des Körpers vermeidet und nicht so heiss ist wie ein Corset. Er extendirt die Wirbelsäule nicht, das würde ja auch dem Sinne des Transformationsgesetzes nicht entsprechen. Dass er wegen seiner Verstellbarkeit allen weiteren körperlichen Veränderungen angepasst werden kann, ist ein Moment, welches bezüglich des Kostenpunktes der Behandlung sehr in die Wagschale fällt.



15jähriges Mädchen mit Rechtsdorsaler Skoliose. Verschiebung nach R. 4½ cm. Bei × R. Buckel.



Pat. nach 10tägiger Behandlung. R. Verschiebung beseitigt, ebenso Ripp. Buckel.

Anwendung findet der Redressionsapparat bei allen Skoliosen (mit einfacher oder mehrfacher Krümmung) II. und III. Grades. Bei Skoliose I. Grades vermeide ich das Tragen von

Corsetten und Apparaten und wende nur activ-passive Gymnastik mit entsprechenden Redressionsübungen an. Selbstverständlich wechselt je nach Art der Skoliose und dem Sitz der Krümmungen auch die Anbringung der elastischen Bindenzügel in Höhe und Seite.

Einige Ovariotomien bei acuter Stieltorsion.

Von Dr. *Jahreiss*, Frauenarzt in Augsburg.

Bekanntlich hat Freund als der Erste darauf hingewiesen, dass Stieltorsion bei Eierstocksgeschwülsten verhältnissmässig häufig zu constatiren ist, und diese Beobachtung ist von allen Operateuren bestätigt worden. Ueber die Ursachen des Zustandekommens dieser Drehung gehen indess die Ansichten noch auseinander. Es sind eine Reihe von ätiologischen Momenten dafür angegeben worden, so die wechselnde Füllung von Blase und Mastdarm, die peristaltischen Bewegungen des Darms, die Action der Bauchpresse und der dabei veränderte intraabdominale Druck, Hindernisse in der Umgebung (Promontorium), heftige Körpererschütterungen. Freund hält alle diese Momente für untergeordnet und von secundärer Bedeutung gegenüber den Wachsthumsvorgängen im Tumor selbst. Ebenso wie die „primäre Torsion", die Drehung um einen Quadranten, welche jeder Ovarientumor bei normalem Wanderungsmechanismus macht, dadurch zu Stande kommt, dass beim Aufsteigen des Tumors in die Bauchhöhle die Tumorkuppe das Uebergewicht bekommt und vornüber an die vordere Bauchwand fällt, so erfolgt nach seiner Lehre auch die sich allmählich ausbildende hochgradige Torsion durch denselben Vorgang, welcher sich immer und immer wieder repetirt. Diese Ansicht mag für eine grosse Anzahl von Torsionen die richtige sein; für die Erklärung der im Wochenbett entstehenden Torsionen braucht man auf die Wachsthumsvorgänge im Tumor jedenfalls nicht zu recurriren. Hier ist in der raschen Aenderung der räumlichen Verhältnisse im Abdomen, in der gleichzeitigen Schlaffheit der Bauchdecken, in dem ausgezogenen Stiele genügende günstige Disposition geschaffen, um bei einem Lagewechsel der Wöchnerin auch einen Lagewechsel der Geschwulst und eine eventuelle Drehung des Stieles herbeizuführen. Einige interessante Beobachtungen dieser Art beschreibt Löhlein in dem 4. Heft seiner „gynäkologischen Tagesfragen". Bei der kurze Zeit nach der Entbindung vorgenommenen Operation fand sich in 2 Fällen neben Torsion des Stieles gleichzeitig auch das Corpus uteri um seine Längsachse um fast 180 Proc. gedreht. Diese hervorragende Neigung der Ovarientumoren zur Stieldrehung im Wochenbette ist ja neben der nachgewiesenen, nicht ungünstigeren Prognose der Operation in der Schwangerschaft einer der Hauptgründe, warum allgemein mit der Operation nicht gezögert wird, auch wenn Gravidität nachweisbar ist.

Wie wir wissen, hat Küstner für die Mehrzahl der Fälle eine gewisse Gesetzmässigkeit der Torsionen festgestellt, darin bestehend, dass die rechtsseitigen Ovarientumoren nach links gewunden sind und umgekehrt. Nach Freund ist dieses Princip durch die natürliche Anlage gegeben. Dieser Autor hat in einer grösseren Reihe von Fällen die interessante Thatsache constatiren können, auf welche zuerst Fischer aufmerksam gemacht hat, dass normaler Weise das Ligamentum ovarii homodrome Windungen besitzt, ebenso wie der Oberschenkelknochen, die Rippen, das Schlüsselbein, der Ureter, die Tuben spiralig gewunden sind. Und das Gleiche gilt von den übrigen Componenten des Stieles und vom Ovarium selbst. Kommt es daher im Ovarium zu Wachsthums- und Wanderungsvorgängen, so ist die Art der damit verbundenen Windung des Stieles von vornherein von der Natur vorgezeichnet.

Diese physiologischen Windungen des Ligamentum ovarii können zu wirklichen hochgradigen Torsionen dieses Bandes selbst bei normalem Eierstock führen. Freund führt als Beweis dafür mehrere Beobachtungen dieser Art aus der älteren Literatur an, so Mittheilungen von Rokitansky, Klebs, Fränkel. Auch in der neueren Literatur finden wir ähnliche Fälle. So hat Sänger vor einigen Jahren einen hochgradigen einseitigen Hydrops eines frei beweglichen Ovariums gesehen, für dessen Entstehung einzig und allein eine durch Torsion um die Längsachse des Ovariums bedingte Abknickung der Venae ovaricae angesehen werden musste. Vor Kurzem hat Geyl eine Beobachtung von excessivem Oedem des normalen Ovariums beschrieben, welches durch Stieltorsion entstanden zu einer enormen Vergrösserung des Organs geführt hatte. Geyl sieht in der sehr grossen Beweglichkeit des Ovariums die Ursache für die Stieldrehung. Brohl hat die Torsion des Stieles eines cystisch degenerirten hühnereigrossen Ovariums beobachtet. Es ist wohl nicht fehlgegangen, wenn man in diesen Fällen die physiologische spiralige Achsendrehung des Ligamentum ovarii in der Aetiologie verantwortlich macht.

Auch Achsendrehung der Tube ist beobachtet worden. So hat Bland Sutton und J. Veit je einen Fall von Achsendrehung einer Hydrosalpinx, A. Martin von einer graviden Tube beschrieben; Sänger hat diesen Vorgang bei einer Haematosalpinx gesehen.

Wie in dem oben citirten Löhlein'schen Fall, so hat Jacobsen ausserhalb des Puerperiums bei einer 73jährigen Frau neben Torsion des Stieles eines Ovarientumors auch eine Drehung des Uterus um seine Achse beobachtet. Der Uterus war ödematös, verfärbt und musste bei der Operation mitentfernt werden. Die Ursache dieser Complication ist wohl in der senilen Atrophie des Uterus gelegen gewesen. Eine Torsion des Uterus durch ein grosses, dem Fundus uteri aufsitzendes Myom hat Holsten beschrieben.

Die Stieltorsion der Eierstocksgeschwülste ist bekanntlich ein Ereigniss, welches je nach dem Grade der dadurch hervorgerufenen Circulationsstörungen die Frauen mitunter zum erstenmale auf eine bestehende Erkrankung in ihrem Unterleibe aufmerksam macht, ohne dass sich schwerere Symptome daran anschliessen; nicht selten jedoch ist der Vorgang von Veränderungen in der Geschwulst begleitet, welche in ihren Folgeerscheinungen in der kürzesten Zeit den Tod der unglücklichen Patientinnen nach sich ziehen können. In vereinzelten Fällen allerdings kann eine Frau durch die Stieldrehung dauernd von ihrem Leiden befreit werden, wenn sie das Glück hat, dass eine vollständige Abschnürung des Tumors dadurch erfolgt. Die ihrer Ernährung beraubte Cyste kann in Folge von dadurch bewirkten regressiven Vorgängen in ihren Wandungen einen Stillstand in ihrem Wachsthum, ja selbst Schrumpfungsprocesse erleiden, so dass eine Art von Naturheilung eintritt, wie sie speciell im Wochenbett — auch ohne Stieltorsion — beobachtet worden ist; dies kommt jedoch selten vor. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind Oedem, Blutungen in die Cyste, Peritonitis die unmittelbare Folge der Torsion, Ruptur des Tumors, Vereiterung und Sepsis die weiteren Consequenzen. Die klinischen Erscheinungen, die mit der Stieldrehung verbunden sind, sind in der Regel markante. Der plötzliche, intensive Schmerz, der oft vorhandene Collaps, die Anämie bei stärkeren Blutungen in die Cyste, die peritonitische Reizung sind so prägnante Symptome, dass der Befund des prallgefüllten Tumors genügt, um jeden Zweifel an der sich von selbst aufdrängenden Diagnose schwinden zu lassen. In seltenen Fällen kann indess der ganze Vorgang symptomlos verlaufen. So hat Bantock der britischen Gesellschaft für Gynäkologie eine von ihm entfernte Ovariencyste mit Stieldrehung demonstrirt, welche alle Erscheinungen in der ausgesprochensten Weise zeigte, trotzdem bei der Kranken die charakteristischen Symptome vollständig gefehlt hatten.

Mit der gestellten Diagnose ist die Frage der Therapie entschieden, welche in der sofortigen Exstirpation der Cyste gegeben ist; auch bestehende Peritonitis bietet keine Contraindication der Operation.

Verfasser hat im Verlaufe der letzten 3 Jahre 4mal Gelegenheit gehabt, wegen acuter Stieltorsion operiren zu müssen. Drei der Patientinnen gehörten der arbeitenden Classe an, die vierte war eine Dame der besseren Stände. In 3 Fällen erfolgte glatte Heilung, im 4. Falle, wo bereits Vereiterung des Tumors eingetreten war, erfolgte der Exitus letalis in Folge von septischer Peritonitis. Die Operation wurde in einem Falle

2 Stunden nach den ersten Symptomen vorgenommen, in zwei anderen Fällen nach 12, resp. 72 Stunden, im vierten letal verlaufenden Falle waren die ersten Symptome vor 4 Wochen eingetreten, Patientin wurde bis zur Operation anderweits mit Eisbeutel und Opium behandelt. Der stark verwachsene Tumor platzte bei der Herausnahme und ergoss seinen übelriechenden, eitrigen Inhalt in die Bauchhöhle. Trotz möglichster Reinigung derselben und Drainage erfolgte nach 3 Tagen der Tod. Anamnestisch liess sich in keinem Falle die acute Torsion auf eine besondere körperliche Anstrengung oder stärkere Action der Bauchpresse zurückführen. Der plötzliche Schmerz trat in jedem Falle ein, ohne dass die Patientinnen irgend ein veranlassendes Moment hiefür anschuldigen zu müssen glaubten. Eine Entbindung war in keinem Falle kurz vorhergegangen, 2 Frauen hatten mehrmals, eine einmal geboren, eine Patientin war Nullipara. Die Fälle sind folgende:

1) Frau M. Patientin hat nie Beschwerden im Unterleib gehabt. Am 30. I. 93 plötzlicher stechender Schmerz auf der rechten Seite, Erbrechen. Temperatur normal. Puls beschleunigt. Der Uterus retroflectirt, von seiner rechten Seite ausgehend ein prall gespannter, bei Berührung sehr empfindlicher Tumor. Das ganze Abdomen sehr druckempfindlich. Operation am 31. I. 93. Rechtsseitiger Ovarientumor von Kindskopfgrösse, der Stiel nach links, um mehr als 180 Grad gedreht, ödematös. Die uniloculäre Cyste prall mit Blut gefüllt. Glatte Heilung.

2) Frau H. Patientin bereits im Juli 1892 wegen leichter Symptome von Stieltorsion in Behandlung, Operation jenesmal verweigert. Am 20. II. 93 plötzlicher, intensiver Schmerz im Leib, so dass Patientin sich bei meiner Ankunft vor Schmerz windet und laut schreit. Morphiuminjection 0,02. Ueberführung in die Diakonissenanstalt. Operation nach 2 Stunden. Uterus senil atrophisch, retroflectirt, rechtsseitiger Ovarientumor kindskopfgross. Stiel bläulich-schwarz verfärbt, ödematös, links gewunden. Tumor uniloculär, Inhalt seröse Flüssigkeit; die Innenwand der Cyste mit linsengrossen Ekchymosen besetzt. Glatte Heilung.

3) K., Dienstmädchen. Seit 4 Wochen auswärts in Behandlung. Es besteht Fieber, rascher Puls, Peritonitis. Uterus retroflectirt, im Abdomen ein praller Tumor zu fühlen. Operation am 19. III. 94. Linksseitige Stieldrehung; Stiel hochgradig ödematös, Inhalt des Tumors Eiter. Tod an septischer Peritonitis am 22. III. 94.

4) Fr. X. Vor 3/4 Jahren spontane Partus. Patientin verspürt seit einigen Tagen zunehmende, oft heftige Schmerzen. Uterus normal gelegen, von seiner rechten Seite ausgehend ein mässig praller Tumor. Operation im Juli 1895. Rechtsseitiger Ovarientumor, links gedrehter Stiel. Inhalt des Tumors leicht blutig verfärbt. Glatte Heilung.

Die vier angeführten Fälle bilden eine gute Illustration der Veränderungen, welche im Tumor durch die Stieldrehung hervorgerufen werden können; in einem Falle nur Ekchymosen (Operation nach 2 Stunden), im anderen blutig verfärbter Inhalt, im dritten starke Blutung in der Cyste, im vierten die nach längerer Dauer stets zu fürchtende Vereiterung. Während die drei ersten Fälle bei der Operation nicht die geringsten Schwierigkeiten zeigten, war die Entfernung der Cyste im vierten Falle durch vielfache Verwachsungen erschwert und überdies durch das Einfliessen des Eiters in die Bauchhöhle prognostisch ungünstig gestaltet. Bei rechtzeitiger Operation hätte sicher auch diese Patientin gerettet werden können.

Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken.

Praktische Bemerkungen

von Prof. Dr. *Adolf Strümpell* in Erlangen.

(Schluss.)

Zunächst ist hier eine Frage aufzuwerfen, die meines Erachtens noch immer nicht mit Sicherheit wissenschaftlich entschieden ist: gibt es chronische andauernde organische Folgezustände einer reinen Commotio cerebri, d. h. können nach einer reinen Commotio cerebri, also ohne alle gröberen mechanischen Verletzungen des Gehirns und seiner Hüllen dauernd feinere, aber immerhin materielle Veränderungen im Gehirn zurückbleiben, welche ganz unabhängig von dem Vorstellungs-Leben des Kranken anhaltende cerebrale Symptome, wie Kopfschmerzen, Schwindel, psychische Störungen, verminderte allgemeine Leistungsfähigkeit und dergl. hervorrufen? Die Erfahrungen der Chirurgen lehren, dass in vielen Fällen auch die schwersten Zustände von Commotio cerebri schliesslich ohne alle Folgen verschwinden. Aber die Möglichkeit, ja ich möchte sagen, die Wahrscheinlichkeit, dass es nicht immer so ist, muss doch zugegeben werden. Wenigstens habe ich selbst vereinzelte derartige Beobachtungen bei Personen gemacht, bei denen es sich weder um irgend eine Unfall-Entschädigung noch um den Verdacht der absichtlichen Uebertreibung handeln konnte und wo nach einer schweren Commotio cerebri ohne jedes objective Anzeichen irgend einer gröberen organischen Veränderung doch lange Zeit die oben erwähnten allgemeinen cerebralen Symptome andauerten und die Berufsthätigkeit der Betreffenden (mehrmals handelte es sich um Officiere, welche vom Pferde gestürzt waren) völlig unmöglich machten. Hier hätten wir es also mit einer „traumatischen Neurose“ zu thun, welche diesen Namen wirklich verdient, mit einer specifisch traumatischen, d. h. durch mechanische Ursachen hervorgerufenen Erkrankung, welche aber nicht in grob-anatomischen, sondern in feineren, vielleicht zunächst gar nicht histologisch nachweisbaren, aber immerhin materiellen Veränderungen bestände. Dass übrigens die durch die Erschütterung des Gehirns entstandenen Veränderungen desselben zuweilen auch mikroskopisch sichtbar sein können, lehren bekanntlich mehrere neuere Untersuchungen und nicht unwahrscheinlich ist es, dass man in analoger Weise, wie von einer Commotio cerebri, auch von einer Commotio spinalis mit ihren etwaigen chronischen Folgezuständen sprechen darf. Jedenfalls fordern uns diese Erwägungen und vereinzelte bisherige Erfahrungen, welche freilich noch sehr der Vervollständigung bedürfen, zur Vorsicht bei der Beurtheilung solcher Fälle auf, bei denen das anfängliche Trauma mit einer starken allgemeinen Erschütterung des Kopfes oder des Rückens verbunden war. Ich selbst habe mich kaum jemals entschliessen können, die nach einer wirklich heftigen Commotio cerebri nachbleibenden Klagen mit Sicherheit als völlig unbegründet hinzustellen, verlange aber freilich hierbei auch stets den bestimmten, womöglich ärztlichen Nachweis über die Art der Verletzung und die Schwere der anfänglichen Erscheinungen. Denn die Erzählungen der Unfall-Kranken selbst über den Hergang ihrer Verletzung müssen stets mit einiger Vorsicht aufgenommen werden. Phantasie und absichtliche Uebertreibung bringen hier nicht selten die mannigfachsten poetischen Ausschmückungen hervor.

Noch in einer anderen Hinsicht bieten die Fälle mit anfänglichen schwereren Kopfverletzungen diagnostische Schwierigkeiten dar. Wir können nämlich auch nach verhältnissmässig leichteren und mehr umschriebenen Verletzungen (Stoss, Schlag und dergl.) die Möglichkeit von dadurch entstandenen umschriebenen Blutungen, sei es in den Meningen und an der Gehirnoberfläche, sei es in der Tiefe des Gehirns (z. B. in der Gegend des III. Ventrikels) selten ganz in Abrede stellen. Dass aber derartige traumatische Blutungen mit ihren Folgezuständen (Verwachsungen und dergl.) wiederum längere Zeit gewisse allgemein-cerebrale Symptome, wie Kopfschmerz, Schwindel u. a., hervorrufen können, ohne dass die objective Untersuchung irgend einen Anhaltpunkt für die Beurtheilung des Falles abgibt, kann nicht bezweifelt werden. Ich behaupte keineswegs, dass derartige Vorkommnisse häufig sind, und habe bei den zahlreichen von mir untersuchten Unfall-Kranken nach schwereren und leichteren Kopfverletzungen in den meisten Fällen den Eindruck einer reinen Psychoneurose oder auch den Eindruck von Simulation und offenkundiger Uebertreibung gehabt, allein von einem gewissen Gefühl der Unsicherheit bin ich gerade bei diesen Fällen nach Kopfverletzungen selten ganz frei geworden. Selbst bei solchen Kranken, wo das ganze Verhalten derselben einen ausgesprochen hypochondrischen oder hysterischen Eindruck macht, oder wo sich neben den subjectiven cerebralen Symptomen deutliche hysterische Stigmata finden (Hemianästhesie u. dergl.), werden dadurch die oben erwähnten Schwierigkeiten nicht ganz beseitigt, da, wie ich selbst beobachtet habe, sogar zu den unzweifelhaften materiellen Folgen

einer schweren Schädelverletzung sich noch ein ausgesprochen traumatisch-hysterischer Symptomen-Complex hinzugesellen („superponiren") kann. Schliesslich wird also die letzte Entscheidung immerhin zum Theil auf dem subjectiven Eindruck und Ermessen des Arztes beruhen, wobei wiederum die Berücksichtigung der allgemeinen äusseren Umstände und der Gesammt-Persönlichkeit des Kranken nicht ganz umgangen werden kann.

Ich komme nun zur Behandlung und gutachtlichen Beurtheilung der Unfall-Kranken und zwar derjenigen Fälle, bei denen zweifellos von irgend welchen materiellen nachweisbaren Folgen des Unfalls keine Rede mehr ist, wo jeder erfahrene Arzt die Diagnose einer reinen traumatischen Hysterie resp. hypochondrischen Neurasthenie mit Sicherheit stellen kann. Ich meine also nicht die Fälle von bewusster Simulation oder starker Uebertreibung, sondern diejenigen, wo der Kranke wirklich selbst von der Schwere seines Leidens und von der beträchtlichen Schädigung seiner Erwerbsfähigkeit überzeugt ist. Dass hier die forensische Begutachtung der Arbeitsfähigkeit und die Höhe einer etwa zu zahlenden Unfallsrente noch weit schwieriger ist, als die rein ärztliche Beurtheilung derartiger Kranker, habe ich schon oben betont. Denn da es sich um psychogene Krankheitszustände handelt, welche nicht in unabänderlichen materiellen Veränderungen, sondern in der besonderen Art des Vorstellungslebens der Kranken ihren Grund haben und demnach an sich einer Veränderung sehr wohl fähig sind, so bieten sich hier der genauen Begutachtung ganz eigenartige Schwierigkeiten dar. Gerade der wissenschaftlich klar blickende Arzt befindet sich solchen Kranken gegenüber oft in einem praktisch schwer löslichen Dilemma.

Der Sinn der Unfall-Gesetzgebung geht doch offenbar dahin, dass die Verunglückten in soweit Anspruch auf Entschädigung haben, als sie durch den Unfall als solchen in ihrer Arbeitsfähigkeit gelitten haben. Bei allen „traumatischen Neurosen" spielt aber der Unfall als solcher nur eine nebensächliche, veranlassende Rolle. Nach der geringsten Beschädigung, nach einer leichten Contusion der Schulter, nach einer kleinen Schnittwunde und dergl. kann die schwerste, Jahre lang anhaltende Hysterie entstehen, wenn das Vorstellungsleben des Verletzten im Anschluss an die Verletzung in der oben näher erörterten Weise verändert wird. Nun kann man freilich auf der einen Seite sagen, die psychische Veränderung wäre ohne den Unfall nicht eingetreten, sie ist sicher eine krankhafte Folge desselben, die Unfall-Kranken dieser Art haben also genau denselben Anspruch auf Entschädigung, wie alle anderen Verletzten. Andererseits ist aber auch wiederum Folgendes zu bedenken: der Zusammenhang zwischen dem Unfall und der psychischen Veränderung ist kein directer, die Vorstellungen, welche sich in dem Bewusstsein der Verletzten festsetzen und zur Psychoneurose führen, entstammen zum Theil ganz anderen Gebieten. Sie hängen gewiss nicht selten mit dem Bestreben des Kranken zusammen, sich jetzt eine neue bequeme Geldquelle zu verschaffen, sich weniger zu plagen und anzustrengen als bisher und dergl. Ist die Unfall-Genossenschaft verpflichtet oder auch nur berechtigt, auf derartige Dinge Rücksicht zu nehmen? Wohin würde es führen, wenn man alle nach Unfällen entstehenden psychogenen Störungen ohne Weiteres als nothwendige und als unvermeidliche Folgen des Unfalls ansehen wollte? Darin, in dem Worte „unvermeidlich" liegt, wie mir scheint, ein wichtiger Gesichtspunkt, welcher wohl zu beachten ist.

Alle directen mechanischen Folgen des Unfalls (Verlust von Gliedmassen, Fracturen u. s. w.) bieten bei der Frage nach ihrem ursächlichen Zusammenhang mit dem Trauma der Beantwortung gar keine Schwierigkeiten dar. Schwieriger und vielfach discutirbar sind bekanntlich schon diejenigen nach einem Trauma zuweilen auftretenden Erkrankungen, welche höchstens in einem indirecten ursächlichen Zusammenhange mit dem ersteren stehen, wo das Trauma, wie man sich oft ausdrückt, nur die veranlassende Ursache zu der späteren Erkrankung (z. B. Tumor cerebri, progressive Paralyse, Lungen- oder Gelenktuberculose, Sarkome u. m. a.) ist. Allein auch in solchen Fällen, deren Beurtheilung gewiss oft schwierig und zweifelhaft ist, wird man immerhin ohne Weiteres zugeben müssen, dass nach dem Trauma (ob durch dasselbe, mag unentschieden bleiben) eine Reihe von Ereignissen eingetreten ist, welche unvermeidlich, d. h. vom Willen und vom Verhalten der Kranken völlig unabhängig war. Ganz anders aber bei den psychogenen traumatischen Neurosen. Hier spielt das Verhalten der Kranken nach dem Unfall die grösste Rolle, hier kommt Alles darauf an, wie der Kranke seinen Unfall auffasst und wie er ihn beurtheilt. Es spielen also bei der Entstehung der Psychoneurosen Verhältnisse hinein, für welche wenigstens zum Theil der Kranke selbst verantwortlich ist. Hieran müssen wir festhalten, so lange wir uns nicht auf den unhaltbaren und gänzlich unfruchtbaren Standpunkt der Annahme einer völligen Unfreiheit aller Bewusstseinsvorgänge stellen. Schieben wir aber bei der Entstehung der Psychoneurose dem Kranken wenigstens bis zu einem gewissen Grade eine eigene Verantwortlichkeit für seine Bewusstseinszustände zu, so hat auch die Gesetzgebung und die Unfallversicherung das Recht, an dieser Verantwortlichkeit festzuhalten. Ebenso, wie der Unfall-Kranke sich willig jeder nöthigen ärztlichen Behandlung und Vorsorge unterziehen muss, so darf auch verlangt werden, dass der Verunglückte in seinem psychischen Verhalten dem Unfall gegenüber die richtige Stellung einnimmt, dass er nicht von vornherein darauf bedacht ist, wie er aus seinem Unfall Capital für die Zukunft schlagen kann, und dass er zunächst nicht an seine etwaige spätere Rente, sondern vor Allem an die Wiederherstellung seiner Gesundheit und seiner Arbeitsfähigkeit denkt. Ständen die von einem Unfall Betroffenen stets auf diesem richtigen Standpunkte, dann würden sich zweifellos bei ihnen die psychogenen Störungen ebenso selten entwickeln, wie bei den hundertfachen sonstigen Verletzungen, wo von solchen Nebengedanken keine Rede sein kann. Man denke z. B. nur an die zahllosen, zum Theil recht schweren Kopfwunden bei den Studenten-Paukereien. Warum gibt es denn danach keine „traumatischen Neurosen"? Hätte man es bei den Unfall-Kranken mit von vornherein psychisch „prädisponirten", nervös veranlagten Menschen zu thun, wie bei der grossen Mehrzahl aller sonstigen Patienten mit schweren und schwer heilbaren neurasthenischen und hysterischen Krankheitszuständen, so könnte man weit mehr den psychiatrischen Standpunkt hervorkehren und die rein krankhafte Entstehung der zur Psychoneurose führenden Vorstellungen betonen. Obiges ist aber keineswegs der Fall. So oft ich auch in der Anamnese bei den Unfall-Kranken nach Anzeichen früherer Nervosität, hereditärer Veranlagung und dergl. nachforschte, fast ausnahmslos betonten die Kranken gerade ganz besonders ihre frühere völlige Gesundheit in jeder Beziehung. Wie sehr ich daher auch bei der Besprechung der Entstehung der Unfall-Neurosen die besondere Art der psychischen Beeinflussung der Kranken durch den Unfall hervorgehoben habe, ebenso sehr möchte ich hier betonen, dass diese Beeinflussung aber im Beginn der Erkrankung gewiss nur ausnahmsweise gleich mit der vollen Macht einer krankhaften Zwangsveränderung des Bewusstseins stattfindet. Erst allmählich fixiren sich, oft durch allerlei äussere Umstände begünstigt, die anfänglich auftauchenden Vorstellungen und machen dann aus den Kranken jene allgemein bekannten und gefürchteten „echten Traumatiker", mit denen schliesslich in der That nichts mehr zu machen ist.

Aus dem Gesagten ergibt sich eine Folgerung für die Praxis, die ich nicht genug betonen und hervorheben kann und welche eigentlich für mich die Hauptveranlassung gewesen ist, in der ganzen Frage der Unfall-Neurosen noch einmal das Wort zu ergreifen: Die Aufgabe der die Verletzten zuerst behandelnden und begutachtenden Aerzte ist es, der Entstehung der Unfall-Neurosen so weit wie irgend möglich vorzubeugen. Der Unfall-Kranke bedarf von vornherein in vielen Fällen nicht nur einer chirurgischen, sondern auch einer psychischen Behandlung.

Bekanntlich macht man sehr häufig die Beobachtung, dass die psychogenen Unfall-Symptome erst zu einer Zeit auftreten, wo die eigentlichen anatomischen Folgen des Unfalls völlig

verschwunden sind. So lange noch wirkliche Verletzungen und dergl. vorhanden waren und die Kranken noch in fortgesetzter ärztlicher Behandlung standen, lag für sie noch keine Veranlassung vor, sich weiter reichenden Gedanken über die Folgen ihres Unfalls hinzugeben. Sind aber die Kranken aus der ersten Behandlung als „geheilt“ entlassen, sollen sie nun ihre frühere Arbeit wieder in alter Weise aufnehmen, dann regen sich in ihnen die Zweifel und Wünsche, dann tritt ihnen der Contrast zwischen behaglichem Nichtsthun und mühsamer Arbeit vor das Bewusstsein, dann entsteht die Frage, ob denn wirklich alle Folgen des Unfalls dauernd beseitigt sind und ob sich nicht doch die Ansprüche auf eine weitere Unfall-Rente rechtfertigen lassen. Psychologisch interessant ist es, wie häufig gerade durch die Wiederaufnahme der altgewohnten Arbeit die Erinnerung an den erlittenen Unfall von Neuem in lebhaftester Weise wachgerufen wird. Der Maurer, der zum ersten Male wieder das Gerüst betritt, der Bauarbeiter, der zum ersten Mal wieder auf die Leiter steigt, denkt jetzt mit einem Mal wieder daran, wie das Gerüst zusammenstürzte oder die Leiter brach. Ihm wird bei diesen Gedanken schwindlig, das Blut steigt ihm zu Kopf, er muss sein Handwerkszeug niederlegen und die Arbeit aufgeben. Es ist ein ähnlicher Vorgang, wie bei der Hysterischen, welche jedesmal an derselben Strassenecke, wo sie einmal ein bellender Hund erschreckt hat, wieder einen Anfall bekommt. Kurzum, der als „geheilt“ entlassene Kranke kehrt nach kurzer Zeit zum Arzt zurück und bringt nun eine Reihe von subjectiven Beschwerden vor, von denen bisher gar keine Rede war.

Dieser Zeitpunkt ist nach meinem Dafürhalten der entscheidende und praktisch wichtigste im ganzen Verlauf der Unfall-Sache. Jetzt, glaube ich, kann wenigstens in vielen Fällen durch ein richtiges Verhalten des Arztes allen weiteren Zweifeln, Verhandlungen und Weitläufigkeiten die Spitze abgebrochen werden. Gerade der von Anfang an behandelnde Arzt, welcher den Kranken oft schon früher persönlich gekannt, welcher die ursprüngliche Verletzung, das Verhalten des Kranken dabei, den weiteren Verlauf und die Heilung der Beschädigungen selbst beobachtet hat, ist meist am besten in der Lage, ein richtiges und sicheres Urtheil über die Art der neu auftretenden Klagen zu fällen. Er ist auch dem Kranken gegenüber bereits eine Autorität, auf deren Urtheil der Kranke Vertrauen haben soll. Erkennt mithin der Arzt jetzt die neuen Klagen als objectiv unbegründet, als entstanden aus hypochondrischen Einbildungen und aus dem Wunsche des Kranken nach einer fortgesetzten Unfall-Entschädigung, so wird er jetzt durch eine ruhige und vernünftige psychische Beeinflussung, sowie durch eine ernste Ermahnung zur Wiederaufnahme der Arbeit gewiss häufig den Kranken wieder auf den richtigen Weg bringen. Ist der Arzt von der wieder erlangten völligen körperlichen Rüstigkeit des Verletzten überzeugt, so darf er sich meines Erachtens auch in seinem etwa noch abzugebenden ersten Gutachten strikt für die Abweisung aller weiteren Entschädigungs-Ansprüche aussprechen. Ich weiss aus Erfahrung, dass dies oft genügt, um die Kranken zu veranlassen, ihre Arbeit wieder zu beginnen. Sie gewöhnen sich bald wieder an die Arbeit, vergessen den Unfall und die Sache ist abgemacht. Kommt nun aber ein erstes Gutachten mit allerlei zweifelhaften Diagnosen über „innere Verwachsungen“ und „traumatische Neurosen“, erhält der Kranke zunächst eine Rente zugesichert, so ist damit meist der Anfang gemacht für eine unabsehbare Reihe von weiteren Verhandlungen, Klagen, Gutachten und Obergutachten, schiedsrichterlichen Urtheilen u. s. w. Die Kranken versteifen sich immer mehr und mehr auf ihr vermeintliches Recht und werden zu richtigen Hypochondern und Querulanten, die man nie wieder los wird.

Darum ist also die genaue Kenntniss von der psychogenen Natur zahlreicher Unfall-Krankheiten für den praktischen Arzt so ungemein wichtig, weil er hierdurch, wie ich fest überzeugt bin, in den Stand gesetzt ist, zahlreiche derartige Erkrankungen im Keim zu ersticken. Nicht nur für die Berufsgenossenschaften und Krankencassen, auch für die Betroffenen selbst wäre es eine Wohlthat, wenn die grosse Zahl der Hypochonder, Neurastheniker, Hysteriker und Querulanten nach Unfällen auf diese Weise vermindert würde. Ich kann es daher den Aerzten, welche viel mit Unfall-Kranken zu thun haben, nur wiederholentlich dringend rathen, bei allen, auch den scheinbar leichtesten — ja vorzugsweise bei diesen! — Unfällen von Anfang an die Möglichkeit der Entwicklung einer späteren psychogenen Unfall-Neurose im Auge zu behalten, um, soweit irgend möglich, durch eine rechtzeitige psychische Beeinflussung der Kranken und durch eine von vornherein geschehende ruhige, aber bestimmte Abweisung aller unberechtigten Ansprüche späteren unliebsamen Erörterungen vorzubeugen.

Ganz aus der Welt schaffen wird man natürlich die Querulanten und Hysteriker ebensowenig, wie die Simulanten, und es werden immerhin noch Fälle genug übrig bleiben, in denen wir das Bestehen einer nicht mehr zu verhindernden schweren traumatischen Neurasthenie oder Hysterie zugeben müssen. Die Begutachtung solcher Fälle ist niemals leicht und wer oft Gelegenheit hat, Kranke zu sehen, über welche schon von mehreren anderen Aerzten Gutachten abgegeben sind, weiss, wie verschieden oft derselbe Fall beurtheilt wird. Früher habe ich oft versucht, bei derartigen Kranken zunächst noch eine methodische mehrwöchentliche Behandlung in der Klinik vorzunehmen. Da es sich zweifellos nicht um unheilbare organische Veränderungen handelt, sondern um psychogene Zustände, welche unter anderen Verhältnissen d. h. bei nicht Unfall-Kranken, doch sehr häufig einer bedeutenden Besserung, ja sogar völligen Heilung fähig sind, so schien mir ein derartiger Versuch in allen Fällen gerechtfertigt. Die Erfahrung hat mich aber immer wieder von Neuem gelehrt, dass selbst die beste klinische Behandlung bei den veralteten Unfall-Neurosen kaum jemals von Erfolg begleitet ist und den Berufsgenossenschaften meist nur unnöthige Kosten verursacht. Derartige Kranke wollen gar nicht wieder gesund werden. Nur in leichten und frischeren Fällen habe ich zuweilen Etwas ausgerichtet. Gewöhnlich beschränke ich mich jetzt darauf, die Kranken einige Zeit in der Klinik still zu beobachten und sie dabei womöglich irgendwie zu beschäftigen, in der Hausarbeit, mit leichter Gartenarbeit u. dergl. Die Kranken brauchen dabei gar nicht zu wissen, dass diese kleinen Hilfeleistungen, welche sie meist gern verrichten, (einige Wenige sträuben sich freilich auch dagegen!) einen Maassstab für die ärztliche Beurtheilung abgeben sollen. Auf diese Weise gewinne ich aber doch wenigstens einen gewissen Anhalt für ihre Leistungsfähigkeit und kann dann unter Berücksichtigung des sonstigen Befundes, insbesondere auch des körperlichen und psychischen Gesammteindrucks der Kranken mein Urtheil abgeben. Im Allgemeinen halte ich es für durchaus nothwendig, auch in solchen Fällen, wo man nicht bewusste Simulation oder starke absichtliche Uebertreibung, sondern eine wirkliche psychogene Neurose annimmt, bei der Gewährung von Renten nicht zu freigebig zu sein und nicht zu hoch zu greifen. Wir Aerzte sollen in solchen Fällen niemals vergessen, wie viel trotz alledem vom Willen und von der Einsicht der Kranken abhängt. Es ist durchaus nothwendig, derartige Kranke immer wieder von Neuem zu veranlassen, irgend eine Arbeit und Beschäftigung wieder vorzunehmen. Je längere Zeit nach dem Unfall verstrichen ist und je mehr man sich davon überzeugt, dass dabei trotz aller subjectiven Klagen der Ernährungszustand der Kranken ein guter bleibt und keine weiteren schlimmen Symptome auftreten, um so mehr muss man darauf bedacht sein, die Kranken wieder an irgend eine Arbeit zu gewöhnen und ihre Trägheit, Willensschwäche und Energielosigkeit nicht noch durch zu hohe Renten zu unterstützen. Gerade in den ersten Jahren nach dem Bekanntwerden der „traumatischen Neurosen“ wurden meiner Ueberzeugung nach vielfach die Renten für derartige Unfallkranke zu hoch bemessen. Ich glaube, dass manche Aerzte, gleich mir, ohne die Anforderungen der Humanität und Gerechtigkeit auch nur einen Augenblick aus dem Auge zu verlieren, in ihren Bewilligungen jetzt zurückhaltender, als früher, geworden sind. Denn die Zahl der Entschädigungsansprüche und die Begehrlichkeit der Arbeiter

wachsen immer mehr und es ist nicht nur die Pflicht von uns Aerzten, den wirklich Geschädigten zu ihrem vollen Recht zu verhelfen, sondern ebenso auch der Uebertreibung, Trägheit und Schwindelei nach Kräften zu steuern.

Eine praktische Schwierigkeit möge hier noch kurze Erwähnung finden. Oft ist der begutachtende Arzt in der Lage, den Kranken bescheinigen zu müssen, dass sie zwar nicht mehr eine „schwere und anstrengende“, wohl aber noch eine „leichtere Arbeit“ verrichten können. Viele Kranke stimmen damit auch ohne Weiteres selbst überein, fügen indessen sofort hinzu: „Wo soll ich aber solche leichtere Arbeit finden? Ueberall, wo ich anfrage, werde ich abgewiesen oder bald wieder fortgeschickt, weil ich nicht so arbeiten kann, wie ein Gesunder. Ich kann mir also thatsächlich fast Nichts verdienen.“ Wenn diese Antwort vielleicht auch manchmal nur eine Ausrede sein mag, so enthält sie gewiss oft etwas Richtiges. Zwar soll die Begutachtung der Unfall-Rente auf die Gelegenheit zur Arbeit keine Rücksicht nehmen; ganz ausser Acht gelassen sollte dieser Punkt aber nicht werden. Obwohl ich die praktischen Schwierigkeiten nicht verkenne, wäre vielleicht mit der Zeit doch die Organisation einer Art von Arbeits-Nachweis durch die Berufs-Genossenschaften mit Rücksicht auf die Arbeitsbeschränkung der Unfall-Kranken möglich. Die begutachtenden Aerzte könnten dann bestimmt angeben, zu welcher Arbeit der Unfall-Kranke noch fähig erscheint, und die Kranken hätten dann die Gewähr, eine ihrer Leistungsfähigkeit entsprechende Beschäftigung und den Lohn dafür auch wirklich zu finden. Auch für die Wiedergewöhnung an die Arbeit überhaupt könnte eine derartige Einrichtung von Nutzen sein.

Zum Schlusse möchte ich meine Ansicht über die wichtigsten Punkte betr. die Unfall-Krankheiten noch in einigen Sätzen kurz zusammenfassen:

1) Der Name „traumatische Neurose“ im bisherigen Sinne darf niemals als Ausdruck für eine bestimmte besondere Krankheit gebraucht werden. Die als „traumatische Neurose“ bezeichneten Krankheitszustände gehören durchaus in eine Reihe mit der Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie, dem Querulantenthum u. dergl. Es sind psychogene, d. h. durch primäre Bewusstseinszustände hervorgerufene Krankheiten, bei welchen die mechanische Wirkung des Traumas an sich keine Rolle spielt.

2) Ob es eine wirkliche „traumatische Neurose“ gibt im Sinne eines chronischen materiellen Folgezustandes einer schweren Commotio cerebri oder Commotio spinalis, ist noch nicht sicher entschieden, aber wahrscheinlich. Solche Fälle gehören aber jedenfalls zu den Seltenheiten.

3) Was man bisher als „objective Symptome“ der traumatischen Neurose hingestellt hat, verdient diesen Namen nicht mit Recht. Alle diese Symptome sind ebenfalls von den Bewusstseinszuständen des Kranken abhängig.

4) Zwischen Simulation, absichtlicher Uebertreibung und psychogener Neurose sind die Unterschiede theoretisch leicht aufzustellen. Praktisch ist die Grenze aber nicht immer leicht zu ziehen, da die verschiedensten Vorstellungen sich bei den Kranken mit einander verknüpfen. Die Beurtheilung wird daher vielfach nur von dem psychischen Gesammteindruck abhängen. Wechselndes Verhalten einzelner Symptome spricht nicht unbedingt für bewusste Simulation.

5) Von der grössten praktischen Wichtigkeit ist es, die Unfall-Neurosen womöglich schon bei ihrer Entstehung im Keime zu ersticken. Die Verhütung der Unfall-Neurosen hat viel grössere praktische Erfolge aufzuweisen, als die Behandlung derselben.

6) Bei allen Unfall-Neurosen ist die Hauptaufgabe des Arztes, dafür zu wirken, dass die Kranken sich allmählich wieder an ihre Arbeit gewöhnen. Die Energielosigkeit und Willensträgheit vieler Unfall-Kranker darf nicht unterstützt werden durch die Gewährung zu hoher Renten.

7) Die Organisation eines Arbeitsnachweises für Unfall-Kranke mit herabgesetzter Leistungsfähigkeit ist ins Auge zu fassen.

Asepsis in der Landpraxis.[1])

Von Dr. *Hans Doerfler* in Weissenburg a. Sand.

(Fortsetzung.)

Anders verhält es sich mit der Vorbereitung der Instrumente und Verbandmaterialien, die in der Landpraxis eine besondere Art der Vorbereitung, der Verpackung, Aufbewahrung beanspruchen, als in einer wohleingerichteten Klinik. Dies führt uns zur

Objectiven Asepsis.

Ein Theil der objectiven Asepsis, die Keimfreigestaltung des Operationsfeldes, ist bereits besprochen. Bei der Beschreibung der Händesterilisirung haben wir gleichzeitig dieses Capitel erledigt.

Es erübrigt uns, hier zu besprechen:

1) Die Sterilisation des Verband- und Tupfermaterials und der Handtücher,

2) die Sterilisation der Instrumente,

3) die Sterilisation des Naht- und Unterbindungsmaterials.

1) Die Sterilisation des Verband- und Tupfermaterials sowie der Handtücher.

Ebenso wie unsere Hände keimfrei gemacht werden sollen und, wie wir gesehen haben, fast in idealer Weise keimfrei gemacht werden können, hat dies mit den mit der Wunde in Berührung kommenden Verbandmaterialien und Tüchern zu geschehen. Und hier ist eine wirklich einwandfreie Sterilisation in vollkommenster Weise ausführbar. Im strömenden Wasserdampf ist uns ein Sterilisirungsmittel gegeben, das an Einfachheit und Wirksamkeit hinsichtlich der Abtödtung der Mikroorganismen alle Desinfectionsmaassregeln und sonstigen Sterilisirungsmethoden weit hinter sich zurücklässt. Die Vorzüge der Sterilisirung mit strömendem Wasserdampf gegenüber der Sterilisation mit trockener Hitze oder höher gespanntem Wasserdampf sind so bekannt, dass ich sie füglich übergehen kann. Für uns, die wir das Einfache und Praktische bevorzugen, kommt nur die Sterilisirung mit „strömendem Wasserdampf“ in Betracht. Dieser, mit einem zweckmässigen Apparat in Anwendung gebracht, ist im Stande, innerhalb 30 Minuten Verband- und Tupfermaterial, sowie Handtücher sicher keimfrei zu machen. Ich unterlasse es, Ihnen die ganze Reihe der angegebenen Sterilisirapparate aufzuzählen. Wir Aerzte des Bezirksvereins für Südfranken haben das Glück gehabt, von einem unserer Mitglieder mit einem Sterilisirapparate bekannt gemacht worden zu sein, der an Zuverlässigkeit hinsichtlich seiner Sterilisirkraft, an Einfachheit, Billigkeit und leichter Transportfähigkeit so Vorzügliches leistet, dass für den prakticirenden Arzt nichts Praktischeres gewünscht werden könnte. Unser College, Dr. Mehler-Georgensgmünd hat diesen Apparat angegeben und denselben in No. 18 des Jahrgangs 1892 der Münchener medicinischen Wochenschrift beschrieben. Er ist bei Katsch in München, sowie bei Spängler Bergler in Georgensgmünd um den Preis von 35 Mark zu beziehen.

In mehrjährigem, fast täglichem Gebrauche hat sich mir dieser Apparat Mehler's in glänzender Weise bewährt. Der Umstand, dass er überallhin mitgenommen werden kann und bei kleinem Umfang eine grosse, für alle Fälle ausreichende Menge Material aufzunehmen im Stande ist — er fasst beispielsweise 2 Operationsmäntel, 500 g Verbandwatte, 10 m Gaze, 6 breiteste und längste Gazebinden, 6 Handtücher und Tupfermaterial bequem — berechtigt auch, diesen Apparat allen praktischen Aerzten aufs Angelegentlichste zu empfehlen.

Medicinalrath Lochner-Schwabach hat übrigens mit Milzbrandbacillen inficirte Fäden nach 15 Minuten langem Aufenthalt in Mehler's Apparat als keimfrei befunden und so den wissenschaftlichen Beweis der Leistungsfähigkeit dieses Apparates erbracht. Ohne diesen Versuch ist seine Functionirung durch die zahlreiche, praktische Verwendung und Erprobung

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Octobertagesversammlung des ärztlichen Bezirksvereins für Südfranken.

in meiner Praxis absolut zweifellos erwiesen. Um eine zuverlässige Sterilisirung zu erzielen, ist es nothwendig, den strömenden Wasserdampf 40 Minuten einwirken zu lassen und zwar von dem Moment an gerechnet, in welchem die ersten Wasserdampfwolken, aus dem Dampfschlot entweichend, sichtbar werden.

Meiner Ansicht nach muss heutzutage jeder Arzt, der Chirurgie treiben will, einen solchen oder ähnlichen Apparat zur Verfügung haben. Ohne ihn ist eine gedeihliche, absolut sichere, aseptische Wundbehandlung nicht denkbar. Mir ist dieser Apparat ein steter Begleiter geworden und ein Operiren ohne denselben würde ich für Frevel halten. Vor jeder Operation muss derselbe also mit den nöthigen Materialien beschickt werden. Wir benöthigen bei jeder Operation zunächst eines oder zweier Operationsmäntel oder wenigstens weisser Schürzen; zur Abreibung unserer Hände und besonders zur Abgrenzung des sterilisirten Operationsfeldes von der nicht sterilisirten Umgebung empfiehlt es sich, eine nicht zu kleine Mengen Handtücher in den Sterilisirapparat einzulegen.

Verbandwatte benöthigen wir ebensowohl zum Abreiben des Wundterrains als zu nachträglicher luftdichter Bedeckung der Wunde. Das aus ungestärkter Gaze geschnittene Tupfermaterial wird, in ein grösseres Gazestück eingebunden, ebenfalls in den Sterilisirapparat eingebracht. In gleicher Weise ist die auf die Wunde direct zu legende Gaze in grossen Stücken, sowie die Jodoformgaze dem Apparate in kleineren Portionen einzuverleiben.

Es empfiehlt sich, die Jodoformgaze in Mitten eines dicken Wattelagers im Sterilisirapparat aufzubewahren. Wie bekannt, zersetzt sich das Jodoform der käuflichen Jodoformgaze beim Sterilisiren sehr leicht und ist die Jodoformgaze nach Entfernung aus dem Apparat kaum mehr in ihrer Farbe von der gewöhnlichen, weissen Gaze zu unterscheiden. Dieser Missstand kann in der Weise wesentlich umgangen werden, dass man die nasse, gewöhnliche Gaze selbst durch Verreiben mit Jodoformpulver bereitet, also seine Lösung in Aether oder Emulsion in Glycerin umgeht. Die so präparirte Jodoformgaze bewahrt im Sterilisirapparate ihren Jodoformgehalt entschieden besser als die mit Aether oder Glycerin bereitete Jodoformgaze. Uebrigens enthält auch die käufliche Jodoformgaze auch nach 40 Minuten langem Aufenthalt im strömenden Wasserdampf noch so viel Jodoform, dass sie das leistet, was wir von ihr verlangen, d. h. dass sie ihre vorzügliche Eigenschaft der Hintanhaltung der Zersetzung in Höhlenwunden oder jauchigen Wunden auch jetzt noch entfaltet.

Schliesslich können wir in unserem Sterilisirungsapparate noch Nähseide, Drainageröhren und einige kleine Emailteller unterbringen.

Es empfiehlt sich übrigens, den Sterilisirapparat stets mit allem Nöthigen angefüllt vorräthig zu halten, damit man nicht nöthig hat, in recht dringenden Fällen sich mit der immerhin fast eine Stunde Zeit in Anspruch nehmenden Sterilisirarbeit aufzuhalten.

In diesem Apparat, luftdicht abgeschlossen, bringen wir die nöthigen Materialien an den Operationsort, absolut versichert, ganz reines keimfreies Material im ärmlichsten Bauernhause zur Verfügung zu haben.

Ein Wort noch über die aus Fabriken zu beziehenden, sogenannten fabrikmässig sterilisirten Verbandmaterialien. Es möchte ja recht einfach erscheinen, auf diesem Wege sich alles Nöthige zu verschaffen und sich so die Mühe des Sterilisirens zu ersparen. Die Anwendung der fabrikmässig hergestellten sterilisirten Verbandstoffe hat jedoch grosse Schattenseiten. Erstens steht der hohe Preis dem allgemeinen Gebrauche in grösserer chirurgischer Praxis entgegen; zweitens ist von manchen Untersuchern sogenanntes sterilisirtes, aus Fabriken bezogenes Material nicht keimfrei befunden worden. Die Durchnässung z. B. eines in Papier oder Pergamentumhüllung eingeschlossenen Päckchens Verbandmaterials, wird leicht ein Durchwachsen von Mikroorganismen durch das Verbandpäckchen bedingen können und so den ganzen Werth der vorausgegangenen Sterilisirung zu einem fraglichen machen. Nur dort, wo es gilt, für den Nothfall keimfreies Material zur Hand zu haben und weder Zeit noch Umstände es gestatten, Sterilisationsapparate in Thätigkeit zu setzen, sollte man von diesem Material Gebrauch machen.

Noch viel weniger Vertrauen verdient mit Antisepticis imprägnirtes Verbandmaterial. Schlange und andere haben dasselbe stark keimhaltig gefunden; es ist dies nicht wunderbar, wenn man bedenkt, dass die Imprägnirung mit Antisepticis den Anfang der Präparation bildet, dass derselben aber durch Auspressen, Trocknen, Schneiden und Verpacken solch zahlreiche Manipulationen mit den Händen zu folgen haben, die niemanden eine nachträgliche Wundinfection wunderbar erscheinen lassen werden.

Wer also sicher keimfreies Material haben will — und wer eine Laparotomie ausführt, muss dessen versichert sein —, der schaffe sich einen Sterilisirapparat an und garantire sich selbst Keimfreiheit seines Materials.

Immerhin ist die Möglichkeit ja nicht ganz ausgeschlossen, dass wir in die Lage kommen können, in welcher wir eben unsere sterilisirten Materialien nicht zur Hand haben. In solchen Fällen wäre es am zweckmässigsten, die nöthigen Tücher auszukochen, mit gereinigten Händen auszuringen und sie so zur Bedeckung des Operationsfeldes oder eventuell zerschnitten zu Tupfern zu benützen. Gekochtes Wasser kann überall herbeigeschafft werden. Gründliches, mechanisches Ausreiben des Kochgefässes und der daran sich schliessende Kochprocess werden uns zugleich ein steriles Gefäss für das gekochte Wasser garantiren.

Schliesslich erscheint es mir erwähnenswerth, an dieser Stelle die Thatsache zu constatiren, dass Handtücher, die im sauberen Haushalt gewaschen und gebügelt worden sind, ohne sterilisirt worden zu sein, fast keimfrei sind. Im Nothfall wird also der Arzt in Tüchern, die er von zu Hause frischgewaschen und gebügelt mitbringt, ein ungefährliches Material sich verschaffen können.

Ein fast noch wichtigerer Factor unseres aseptischen Arbeitens ist die Garantie

b) keimfreier Instrumente.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass unsterilisirte Instrumente als die mächtigsten Träger infectiöser Keime anzusehen sind. Dadurch, dass sie bei vorausgegangenen Operationen sicher mit Blut und häufig mit Eiter, also mit Infectionserregern im Verein mit ihrem besten Nährboden in Berührung gekommen und dass gerade sie bei jeder neuen Operation in allerinnigste Berührung mit den Geweben kommen, sind sie vorzüglich geeignet, pathogene Keime auf das Operationsfeld zu übertragen.

Darum ist es oberste Pflicht, nur mit keimfreien Instrumenten zu operiren und zu arbeiten. Wer gelernt hat und es sich zur Pflicht gemacht hat, seine Instrumente nach jeder Operation zu sterilisiren, der wird erstaunt sein, wie unverhältnissmässig viel häufiger jetzt nach kleineren chirurgischen Eingriffen wie z. B. Naht einer Finger- oder Kopfwunde Eiterung ausbleibt, als dies früher der Fall war.

Die einfachste Methode, Instrumente zu sterilisiren, ist auch die beste. Durch Auskochen unserer Instrumente sind wir im Stande, in wenigen Minuten uns keimfreie Instrumente zu garantiren. Ja es genügt schon das Eintauchen der Instumente in kochendes Wasser während mehrerer Secunden, um die Eitererreger an ihnen zu tödten; ein 5 Minuten langes Kochen in Sodalauge wird allen Ansprüchen der Praxis gerecht.

Wir müssen uns ferner zur Pflicht machen, nach jeder Operation sofort am Orte der Operation die Instrumente grob mechanisch durch gründliches Abbürsten und Abwaschen von Blut und Eiter zu befreien. Nach Hause zurückgebracht, sollen die Instrumente sofort ausgekocht werden. Ein Gehalt von ein Procent Soda genügt nach Schimmelbusch völlig, um ein Rosten der Instrumente zu verhüten. Diesen Procentgehalt treffen wir, wenn wir einen Esslöffel pulverisirter oder 2 Esslöffel krystallisirter Soda auf den Liter Wasser nehmen.

Zum Auskochen der Instrumente genügt jede gut emaillirte Bratpfanne, wie sie die Amberger Emaillirwerke liefern, und in jeder soliden Emaillegeschirrhandlung zu haben sind. Diese Bratpfanne muss mit einem gut schliessenden Deckel desselben Materials versehen sein. Am besten eignen sich Metallinstrumente jeder Herkunft zum Auskochen. Doch sind auch sämmtliche Instrumente mit Holzgriffen auskochbar, soferne diese nicht aufgeleimt, sondern angenietet sind. Instrumente mit Hornschale sind nicht durch Auskochen sterilisirbar, da die Hornschale erweicht und sich biegt.

Das Wasser hat dann die nöthigen 100° erreicht, wenn es in grossen Blasen emporbrodelt. Von diesem Moment an sollen die Instrumente 5 Minuten lang gekocht werden. Nach Ablauf dieser 5 Minuten wird die Bratpfanne an ihren Henkeln vom Herdfeuer weggenommen und das Wasser durch leichtes Heben des Deckels abgegossen. Der Bratpfannenboden wird vom Russe befreit. Die Instrumente können sogleich in dieser Bratpfanne zu Operationen auf das Land mitgenommen werden. Ein Rosten ist nicht zu befürchten, da die Instrumente nach Weggiessen des Wassers sofort trocken werden. Hat man sterilisirte Tücher zur Hand — im Nothfall genügt ein Handtuch, frisch gewaschen und gebügelt —, so schüttet man die Instrumente in ein solches, dem Sterilisirapparat entnommenes Tuch und bringt sie so in einem Handköfferchen oder noch besser im Sterilisirapparat oben aufliegend an den Bestimmungsort. In dieser Bratpfanne können zugleich mit den Instrumenten Drainageröhren, Irrigatorschlauch, Martin'sche Gummibinden, Esmarch'scher Schlauch, Glasinstrumente ausgekocht werden. Seidenfäden scheinen mir durch Sodalösungen rasch zu leiden und werden besser isolirt in Wasser ausgekocht oder mit strömendem Wasserdampf im Sterilisirapparat keimfrei gemacht.

Die meisten Hartgummigegenstände, wie Hartgummispritzen, Hodge'sche Pessarien, Uterusdilatatorien, sogar Ohrtrichter aus Hartgummi vertragen das Auskochen in Wasser sehr gut. Auch Nélaton'sche Katheter können recht wohl öfters ohne Schaden ausgekocht werden. Die geburtshilflichen Instrumente werden am besten am Orte der That gründlich grobmechanisch durch Bürsten gereinigt, zu Hause sofort ausgekocht und sodann in einem sterilisirten oder frischgewaschenen Handtuch für den späteren Gebrauch fertig steril vorräthig gehalten.

Alle diese Instrumente werden in sterilem Handtuch an Ort und Stelle geschafft, ohne nach dem Auskochen noch mit den Händen in Berührung gekommen zu sein.

Hier möchte ich auf einen Instrumentensterilisirapparat aufmerksam machen, den ebenfalls Dr. Mehler in Georgensgemünd angegeben hat und von seinem Spängler Bergler anfertigen lässt. Derselbe hat in meiner Sterilisirthätigkeit schon lange die Bratpfanne verdrängt und sich seit $1^1/_2$ Jahren glänzend bewährt. Billigkeit des Instrumentes, Einfachheit seiner Handhabung, Schnelligkeit seiner Dienstleistung sind seine Hauptvorzüge. Der Apparat ist in 2 Grössen — die eine ist für das Sprechzimmerinstrumentarium, die andere für alle grösseren und zahlreicheren sowie geburtshilflichen Instrumente berechnet — zu haben. Seine Construction ist sehr einfach. In ein Blechgestell ist in schiefer Ebene ein 35 resp. 45 cm langer, oben offener Messingblechkasten einzulegen. In diesen Messingblechkasten wird das mit den Instrumenten beschickte Drahtnetz, das an seinem äusseren Ende zum Herausnehmen mit einem Holzgriffe versehen ist, eingeschoben. Eine geringe Menge Spiritus in einem darunterstehenden Spiritusbrenner liefert den Heizkörper. In wenigen Minuten ist das Wasser zum Kochen zu bringen. Dadurch, dass das Wasser in schiefer Ebene im Kasten steht, ist die benöthigte Wassermenge und dadurch die Menge des Spiritus eine sehr geringe, die Zeit bis zum Kochen eine äusserst kurz bemessene.

Ich kann diese Apparate nicht warm genug empfehlen. Ihre grosse Billigkeit — 6 resp. 8 M. — sowie das durch sie erreichte Ziel, den Arzt unabhängig gemacht zu haben von der Laune einer nicht „sterilisirlustigen" Köchin oder Hausfrau, sollten jeden Arzt veranlassen, mit einem solchen Apparat zu arbeiten.

Es ist keine Frage, dass für den beschäftigten Arzt diese Manipulationen eine Unsumme kostbarer Minuten in Anspruch nehmen, die er nicht immer zur Verfügung hat. Es empfiehlt sich daher sehr, die eigene Frau oder sonst ein gebildetes Wesen genau in dieser Arbeit zu unterrichten. Je gebildeter die betreffende Persönlichkeit ist, eine um so grössere Garantie für genaue und zuverlässige Durchführung der Sterilisiraufgabe ist geboten. Selbstverständlich ist es am besten, selbst immer jede Verrichtung vorzunehmen. Genaueste Befolgung aller Vorschriften ist die Grundlage des Erfolges.

Es erübrigt schliesslich noch, mit einigen Worten zu gedenken:

c) des Naht- und Unterbindungsmaterials.

Wie schon erwähnt, ist die Nähseide am besten zu sterilisiren durch Auskochen in einfachem Wasser. Diesem Verfahren fast gleichwerthig möchte die Sterilisirung durch strömenden Wasserdampf geachtet werden.

Es frägt sich nur, welches Nahtmaterial wir Aerzte auf dem Lande in Gebrauch nehmen sollen.

Das Einfachste und dabei Vielseitigste ist auch hier das Beste. Ich empfehle, sämmtliche Nähte und Unterbindungen nur mit Seidenfäden vorzunehmen. Weitaus am besten und zu jedem Zwecke brauchbar hat sich mir die geflochtene Nähseide, nach Turner hergestellt, bewährt. Sie ist als „Turnerseide" bei jedem Instrumentenhändler käuflich. Diese Seide hat den Vorzug der absoluten Festigkeit und schweren Zerreisslichkeit. Auch nach wiederholtem Kochen ist die Turnerseide noch als widerstandsfähig von mir befunden worden. Selbstverständlich wird man auch jede andere Seide gebrauchen können, im Nothfalle ist ausgekochter Zwirn ein ebenso einwandfreies Nahtmaterial als die beste Turnerseide.

Vor jeder Operation soll die zu gebrauchende Seide nochmals für 5 Minuten ausgekocht werden. Nach Abgiessen des Wassers wird die Fadenrolle in ein sterilisirtes Tuch gewickelt und so zur Operation mitgenommen. Es ist wegen der leichteren Verwendbarkeit der trockenen Seide sehr empfehlenswerth, die auf dem sterilisirten Tuch ausgebreitet liegende Nähseide trocken und nicht erst nach Einlegen in eine antiseptische Flüssigkeit zu verwenden. Steriler wie der trockene ausgekochte Faden auf sterilem Tuche möchte eine solche Flüssigkeit kaum sein; das Einfädeln und Knoten wird durch Trockenheit des Fadens wesentlich erleichtert, und wer den Unterschied des Nahtcanals eines sterilen Fadens ohne Antisepticum und eines solchen mit antiseptischer Durchfeuchtung öfter gesehen, wird sich mit Freuden für die reizlose Nahtmethode der ersten Art entscheiden.

Für den täglichen Gebrauch im Sprechzimmer empfiehlt es sich freilich, die ausgekochte Seide in einer antiseptischen Lösung aufzubewahren. Am zweckmässigsten habe ich eine mittelst Angerer's Sublimatpastillen hergestellte 1 pro mill. Sublimatlösung gefunden. In einem Glasgefäss mit weissem Halse, am besten und einfachsten in einem Senfglas, eleganter in einem eigenen, von jedem Instrumentenmacher zu beziehenden Glasbehälter sind die Fäden verschiedener Stärke jeder Zeit zum Gebrauche vorräthig.

Catgut ist schwer zu sterilisiren und desshalb, weil ausserdem entbehrlich, für den Praktiker nicht zu verwerthen.

Wer mit Metalldrähten nähen will, muss diese vor jedem Gebrauch auskochen. Sie werden bei uns Praktikern wohl nur zur Knochennaht Verwendung finden.

Es sei an dieser Stelle mit einigen Worten der Sterilisirung der Katheter und Bougies, der Injections- und Punctionsspritzen gedacht.

Wie schon erwähnt, sind Metallkatheter genau wie andere Metallinstrumente zu behandeln. Selbstverständlich müssen dieselben nach jedem und vor jedem Katheterismus ausgekocht werden. Nélaton'sche Katheter vertragen das Auskochen in kochendem Wasser mehreremale ganz gut. Muss

man bei einem Patienten den Katheterismus täglich ausführen, so lässt man bei dem Patienten den Katheter stets in einem Gefäss mit Wasser liegen, in welchem er vor jedem Katheterisiren aufs Neue ausgekocht werde. Der Arzt entnimmt das Instrument aus der sterilen Flüssigkeit erst beim Gebrauch. Antiseptica sind zu vermeiden, da sie die Harnröhrenschleimhaut reizen.

Schwierig zu sterilisiren sind die gewöhnlichen mit Lack überzogenen Instrumente. Kochen vertragen sie nicht, ebensowenig ein Einlegen in Carbol- und Sublimatlösung. Hier ist es wichtig zu wissen, dass Schimmelbusch gezeigt hat, dass das feste Abreiben mit einem sterilen Tupfer und warmem Wasser resp. Sublimatlösung genügen, um ein glattes Bougie oder einen Katheter äusserlich fast keimfrei zu machen. Um das Lumen zu reinigen, muss dasselbe energisch mit warmem Wasser oder Sublimatlösung durchgespült werden.

Im Allgemeinen wird man die letztere Art der Katheter ganz entbehren können. Ich komme mit Metallkathetern und Nélaton'schen Kathetern sehr gut aus. Die Prostatahypertrophie möchte die einzige dringende Indication zur ausnahmsweisen Anwendung der französischen oder englischen Katheter geben. Da die Katheter behufs leichten Einführens schlüpfrig gemacht werden müssen, ist ein steriles Fett oder Oel dringendes Bedürfniss. Am besten erscheint mir ein 5 proc. sterilisirtes Jodoformöl für diesen Zweck zu sein. Das Olivenöl wird einige Minuten gekocht, in ein desinficirtes Glasgefäss kochend gegossen, sodann Jodoform zugefügt. Im wohlverschlossenen Gefäss hält sich das Oel längere Zeit steril.

Einen wichtigen Theil des ärztlichen Instrumentariums stellen die Injections- und Probepunctionsspritzen dar. Bei ihrem häufigen Gebrauch und ihrer ebenso häufigen Verunreinigung sind dieselben vor Allem einer sorgfältigen Ueberwachung bedürftig. Leider ist gerade ihre Keimfreigestaltung am schwierigsten zu erreichen.

Die Injections- und Punctionsspritzen sollen am besten aus Metall hergestellt sein, da Hartgummispritzen nur einigemale ausgekocht werden können, ohne in ihrer Function zu leiden. Die grösste Schwierigkeit der Sterilisirung dieser Instrumente liegt in der Behinderung, den Stempel zu sterilisiren. R. Koch hat in seiner bekannten Spritze mittelst eines Gummiballons den Stempel zu umgehen gewusst; bei aller Zweckmässigkeit ist diese Spritze doch nicht im Stande, die Stempelspritze zu verdrängen. Spritzen mit Hartgummifassung und Lederkolben werden noch am sichersten keimfrei gemacht durch Durchspritzen mit kochendem Wasser; nach einmaligem Durchspritzen hat Schimmelbusch eine vorher inficirte Spritze keimfrei gefunden. Am zweckmässigsten arbeitet man nur mit Spritzen, die einen Asbestkolben haben und desswegen das Auskochen vertragen. Sehr schöne und billige auskochbare Pravaz'sche Spritzen liefert das medicinische Waarenhaus, mit Asbestkolben versehene um den Preis von M. 1,70. Sie lassen sich selbst, sowie ihre röhrenförmigen Hülsen auskochen.

Schmidt in Berlin fertigt eine Spritze ganz aus Metall. Bei der letzteren ist der Cylinder ganz aus Nikelin gebohrt, der Kolben besteht aus einem Nikelincylinder, der elastisch federt und dicht dem Cylinder anliegt. Diese Spritze entspricht allen Anforderungen aufs beste. Sie kann jederzeit ausgekocht werden. Das Gleiten der Metallfläche geschieht durch Ueberziehen mit kochbarem Sarg'schen Glycerin.

Noch allzu wenig Rücksicht ist auf die Sterilisirung der Injectionsflüssigkeit genommen worden. 1 proc. Morphium-, 1 proc. Cocain-Atropin-Pilocarpinlösungen sind sehr frühzeitig reich an Keimen, ebenso jede Ergotinlösung. Durch häufiges Aufkochen, resp. durch Zusatz von Acid. carbol. in 2—3 proc. Concentration können diese Missstände vermieden werden. Je häufiger die Lösungen frisch bereitet werden, um so besser.

(Schluss folgt.)

Feuilleton.

Rudolf Leuckart.

Rudolf Leuckart, dessen 50 jähriges Doctor-Jubiläum am 13. December dieses Jahres gefeiert wird, wurde am 7. October 1822 zu Helmstedt (Braunschweig) geboren und machte seine Studien in Göttingen, wo er von Rudolf Wagner mit der Vollendung von dessen Lehrbuch der Zootomie (2. Aufl., 2 Bde., Leipzig 1843—1847) betraut wurde. Im Jahre 1849 erhielt der junge Gelehrte eine Anstellung am physiologischen Institut zu Göttingen, habilitirte sich daselbst für Zoologie und folgte 1850 einem Rufe als ausserordentlicher Professor der Zoologie nach Giessen, wo er 1855 zum ordentlichen Professor dieses Faches sowie auch der vergleichenden Anatomie ernannt wurde. Seit Ostern 1875 wirkt Leuckart als Professor der Zoologie und Zootomie in Leipzig.

Die Arbeiten Leuckart's bewegen sich vorwiegend auf dem Gebiete der wirbellosen Thiere und mit zu seinen hervorragendsten Leistungen gehören diejenigen über die Eingeweidewürmer.

Wie wenige seiner Fachgenossen hat Leuckart, gleichzeitig Zoologe und Mediciner wie v. Siebold und Häckel, es verstanden, sowohl in seinen Forschungen wie auch in seinen Werken die Interessen der Zoologie mit denen der praktischen Medicin zu vereinigen. Von der Ueberzeugung durchdrungen, dass Wesen und Bedeutung der zooparasitären Erkrankungen, ihre Prophylaxis und Therapie nur dann richtig beurtheilt werden können, wenn eine möglichst vollständige Kenntniss des Baues und Lebens der thierischen Schmarotzer vorliege, hatte sich Leuckart die ebenso dankbare als umfassende Aufgabe gestellt, die Natur- und Entwicklungsgeschichte der thierischen Parasiten zu studiren, die mannigfachen und complicirten Beziehungen, die zwischen Wirthen und Helminthen bestehen, klarzulegen. Was Leuckart in dieser Richtung in unermüdlicher und zielbewusster Arbeit geleistet, ist jedem Mediciner geläufig und sei hier nur angedeutet: Die Entdeckungen Leuckart's über die Trichinen und Finnen sind bleibende Errungenschaften auf dem Gebiete der Helminthologie, die seiner Zeit in den weitesten Kreisen verdientes Aufsehen erregten. Daran reihen sich hervorragende Arbeiten über Entwicklungsgeschichte und Metamorphosen der Pentastomen, der Kratzer, Rundwürmer und Leberegel. Als Hauptwerk Leuckart's ist sein bekanntes Hand- und Lehrbuch zu betrachten: „Die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten“, 2 Bände, Leipzig 1862—1876; 2. Aufl. 1879 u. ffg., eine Leistung, die nach Form und Inhalt, in Bezug auf Originalität und Reichhaltigkeit, auf Zuverlässigkeit und kritische Darstellung auf dem Gebiete der Lehre von den thierischen Parasiten nicht bloss in Deutschland, sondern auf der ganzen Erde zu den besten zu rechnen ist, und eine Zierde unserer zoologischen und medicinischen Literatur bildet. — Mit diesem classischen und bahnbrechenden Werke hat der Verfasser eine neue Epoche in der Geschichte der thierischen Parasiten eingeleitet. Was Leuckart in der Einleitung seines Hauptwerkes über die allgemeine Naturgeschichte der Parasiten auf etwa 200 Seiten zusammengefasst hat, ist musterhaft und verräth den Meister in Bezug auf Klarheit und Präcision der Darstellung.

Von sonstigen Arbeiten Leuckart's seien noch erwähnt der Artikel: „Zeugung“ in Rudolf Wagner's Handwörterbuch der Physiologie (Bd. 4, 1853), ferner die Darstellung der vergleichenden Anatomie des Auges in dem Handbuch der gesammten Augenheilkunde, redigirt von Gräfe und Sämisch (Bd. 2, Leipzig, 1875).

Wenn auch die Lehre von den Helminthen in neuerer Zeit durch die wichtigeren pflanzlichen Parasiten etwas in den Hintergrund gedrängt wurde, so bildet sie immer noch einen wichtigen Abschnitt der Aetiologie und Pathogenese, deren genaue Kenntniss für den Arzt unerlässlich ist.

Dem hochverdienten Gelehrten, der in unermüdlicher Schaffensfreude und in voller körperlicher und geistiger Rüstig-

keit in diesen Tagen das 50 jährige Doctor-Jubiläum feiert, gebührt bei diesem festlichen Anlasse der tiefempfundene, aufrichtige Dank und Glückwunsch der gesammten ärztlichen Welt, der Vertreter der menschlichen und thierischen Pathologie, um deren Entwicklung und Blüthe sich der Jubilar unvergängliche Verdienste erworben hat! O. Bollinger.

Bemerkung zu dem Aufsatz von F. Wolter: Nachträgliches zur Hamburger Cholera-Epidemie von 1892.

Von Dr. *Kübler*, kaiserl. Regierungsrath und Mitglied des Gesundheitsamtes.

Am Schlusse seines in dieser Wochenschrift (No. 47 u. 48) veröffentlichten Aufsatzes: „Nachträgliches zur Hamburger Cholera-Epidemie von 1892“ hat Wolter auf den von mir bearbeiteten und im X. Bande der Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt erschienenen Bericht über die Cholera im Elbegebiete Bezug genommen und dabei einen Wortlaut gewählt, der die Deutung zulässt, dass in meiner Arbeit epidemiologische Auffassungen vertreten worden seien, die der Lehre von der Verbreitung der Cholera durch Uebertragung von Person zu Person oder durch Trinkwasser zuwiderlaufen. Hierdurch bin ich veranlasst, darauf hinzuweisen, dass die vierte der „Schlussfolgerungen“ meines Berichtes wie folgt lautet:

„Die Uebertragung der Krankheit von Person zu Person war einer der häufigsten und gefährlichsten Wege der Verbreitung der Cholera, doch musste ein gleichzeitiges Auftreten zahlreicher Erkrankungen an demselben Orte in der Regel auf eine Verunreinigung des zum Trinken und zum Hausgebrauch bestimmten Wassers mit Cholerakeimen zurückgeführt werden. Ungünstige hygienische Verhältnisse der ergriffenen Ortschaften haben der Ausbreitung der Krankheit nicht selten Vorschub geleistet.“

Hinsichtlich der Begründung der vorstehenden These muss ich auf meinen Bericht selbst verweisen, zumal ein Referat über denselben in No. 11 des laufenden Jahrgangs dieser Wochenschrift (S. 488, 489) bereits von Buttersack erstattet worden ist. Es mag genügen, auf die im Einzelnen von Wolter zum Beweis seiner Auffassung herausgehobenen Thatsachen kurz einzugehen.

Es ist richtig, dass die Cholera in einer grösseren Anzahl von Orten auf den eingeschleppten Fall beschränkt blieb oder ausser diesem nur wenige andere Erkrankungen hervorbrachte. Als Ursache dafür ergab sich jedoch nicht der Mangel einer örtlichen Disposition, sondern die auf S. 205 meines Berichts in nachstehenden Worten zusammengefasste Erklärung: „Zu einer Ausbreitung der Cholera ist es trotz erfolgter Einschleppung niemals gekommen, sobald die ersten Fälle rechtzeitig festgestellt und sachgemäss behandelt wurden.“

Es ist ferner richtig, dass in den Orten, welche zahlreiche Fälle zu verzeichnen hatten, neben der Uebertragung von Person zu Person meist andere Umstände zur Verbreitung der Krankheit beigetragen haben. Der Seuchenverlauf zu Boizenburg, bei dem, wie es in Buttersack's Referat meines Berichts heisst, „das directe Uebergehen der Cholera von einer Person bezw. Familie auf die andere bis ins Einzelne verfolgt“ werden konnte, lieferte indessen den Beweis, dass die Krankheit im einzelnen Falle auch allein durch Fortschreiten von Person zu Person in einem Orte um sich zu greifen vermag. In anderen ebenfalls erheblich heimgesuchten Orten, in denen der Seuchenverlauf nicht allein durch diese Verbreitungsart bestimmt wurde, handelte es sich gleichwohl nicht um das Vorhandensein einer örtlichen Disposition in Wolter's Sinne; „ein Feld zu epidemischem Auftreten“ war der Seuche vielmehr hauptsächlich dann gegeben, „wenn es ihr gelang, ihre Keime in das zum Gebrauch in menschlichen Haushaltungen dienende Wasser auszusäen.“ Nur mit letzterer Annahme wird ersichtlich, warum die Cholera in Lauenburg z. B. in rund 2 Wochen mit 36, in Estebrügge in 12 Tagen mit 22 Erkrankungen verlief und dann erlosch. In so kurzer Zeit würde eine in den Untergrundsverhältnissen gegebene Disposition nicht wieder verschwunden sein.

Endlich ist aus der Uebereinstimmung des zeitlichen Verlaufs der Cholera im Elbegebiete und in Hamburg ein Beweis für Wolter's epidemiologische Ansicht nicht herzuleiten. Die Thatsache, dass die Seuche im Elbegebiete trotz ihres Auftretens in 160 und ihrer Weiterverbreitung in 68 Orten, von spärlichen Nachzüglern abgesehen, in der kurzen Zeit von etwa 6 Wochen ablief, bildet vielmehr nur eine erfreuliche Rechtfertigung der von Reichs wegen und von der königlich preussischen Regierung ergriffenen Abwehrmaassregeln. Es darf mit Befriedigung hinzugefügt werden, dass die Wirksamkeit der letzteren sich in den Jahren 1893 und 1894 bestätigt hat, ohne dass dieselben Handel und Wandel lahm gelegt und in die persönliche Freiheit des Einzelnen so tief eingeschnitten haben, wie ihnen Wolter, wohl in irrthümlicher Verallgemeinerung des berechtigten Urtheils über die von untergeordneten Behörden nach dem Seuchenausbruch in Hamburg im ersten Schrecken getroffenen, von höherer Stelle bald aber rückgängig gemachten Anordnungen, vorwirft.

Referate und Bücheranzeigen.

Prof. **E. Hermann** und **O. Rüdel: Atlas der Lage der Eingeweide.** Erlangen, 1895.

Unendlich viel ist in den letzten Jahrzehnten für den Anschauungsunterricht in der Anatomie und topographischen Anatomie geschehen und dadurch derselbe für Lehrer und Schüler wesentlich erleichtert. Sehr lehrreich sind besonders Schnitte durch gefrorene Leichen, doch sind die bisher darüber vorhandenen Bücher für Studirende und auch für den grössten Theil der Aerzte zu kostspielige Werke. Dem Bedürfniss nach einem nicht kostspieligen und dabei doch guten Hilfsmittel für die Topographie der Eingeweide kommt ein kleiner Atlas des Herrn Prof. Dr. E. Hermann entgegen, den dieser Lehrer der Anatomie unter Mithilfe des Herrn Cand. med. Otto Rüdel in Erlangen erscheinen liess. In einer fortlaufenden Serie von XX Schnitten durch die gefrorene Leiche eines 18 jährigen Mannes bekommen wir ein sehr lehrreiches und instructives Bild von der Lage der Eingeweide sowohl gegeneinander, als auch zur äusseren Körperfläche, da die Herren Verfasser die Lage der Eingeweide auf die Körperoberfläche in einer Reihe weiterer Tafeln projicirt haben. Schliesslich werden noch in einer Tabelle die topographisch wichtigen Punkte der Organe der Brusthöhle und Oberbauchgegend gegeben.

Kommt zunächst das Werk dem Bedürfniss des Lehrers der topographischen Anatomie und seiner Schüler entgegen, so kann es doch auch dem praktischen Arzt in der Diagnose, in chirurgischen Fällen, besonders bei Beurtheilung von Verwundungen manchen erwünschten Aufschluss geben, ist daher auch den Aerzten sehr zu empfehlen. Die Ausstattung ist sehr gut, die Figuren klar und deutlich. Der geringe Preis von 5 M. macht es Jedem leicht zugänglich.

Dr. Lochner-Schwabach.

Prof. Dr. **Klaussner's Verbandlehre** für Studirende und Aerzte ist in 2. Auflage erschienen und weist gegenüber der ersten Auflage wesentliche Bereicherungen auf. Das Capitel über Wundbehandlung ist sorgfältig umgearbeitet und dabei der aseptischen Operations- und Verbandmethode Rechnung getragen worden. Auch der Abschnitt über Krankenlagerung und Lagerungs-Apparate ist neu und die Zahl der Abbildungen, zumeist Originaldarstellungen, ist fast um das Doppelte vermehrt worden.

Das Buch, dessen vorzügliche Ausstattung der M. Rieger'schen Universitätsbuchhandlung zu danken ist, kann wärmstens empfohlen werden. Angerer-München.

Dr. **M. Saenger** und Dr. **W. Odenthal: Asepsis in der Gynäkologie und Geburtshilfe.** Medicinische Bibliothek für prakt. Aerzte, Leipzig, C. G. Naumann.

Es war sicher ein glücklicher Gedanke jetzt, wo die Asepsis auch bei den Encheiresen des Praktikers die Antiseptik zu verdrängen beginnt und wo mehr denn je die Beherrschung der kleinen gynäkologischen Technik auch von diesem verlangt wird, in knapper und durch Beigabe von Abbildungen dem Verständniss näher gebrachter Form die Handhabung und Durchführung aseptischer Thätigkeit im Gesammtgebiet der Gynäkologie darzustellen. Und dass diese Aufgabe in befriedigender Form gelöst ist, dafür bürgt schon der Name und die grosse Erfahrung des einen Verfassers, Saenger in Leipzig, dessen ehemaligem Assistenten Odenthal die Abfassung der äusseren Form übertragen wurde.

Nach allgemeinen definirenden Bemerkungen wird die Sterilisirung der Hände, der einzelnen Instrumente, des Catgut, der Seide u. s. w. ausführlich geschildert; manch praktisches und noch nicht allgemein bekanntes Instrument wird empfohlen, die Prophylaxe der Infection nicht vergessen. Hervorgehoben soll werden, dass die reiche Erfahrung Saenger's nahezu bei jedem Capitel wichtige therapeutische Winke eingestreut hat, und dass, wenn auch das Werkchen die aseptischen Vorkehrungen speciell der Saenger'schen Klinik wiedergibt, auch die abweichenden Anschauungen Anderer nicht zu

kurz kommen: so in dem Capitel über die vielumstrittene Drainage der Bauchhöhle u. a. Angenehm sind die lehrreichen Winke für die Improvisationstechnik und die kurzen und klaren Anleitungen für die Asepsis am Gebärbett. Der Referent glaubt, dass nicht nur der praktische Arzt, sondern auch der Gynäkologe von Fach der Verfasser Büchlein nicht ohne Belehrung und Anregung aus der Hand legen wird.

Flatau-Nürnberg.

Alfred Steuer, prakt. Arzt in Biala: **Die häufigsten Ohrenkrankheiten im Bilde.** Nebst Anleitung zur Untersuchung des Gehörorgans. Mit 43 Abbildungen in 16 farbigem Chromodruck und 15 Holzschnitten. Leipzig, Naumann, Medicin. Bibliothek für prakt. Aerzte, Nr. 41—46.

Nicht nur die Farbe vieler Bilder, vor allem des normalen Trommelfells, ist unrichtig getroffen, sondern auch die Zeichnung der meisten Bilder ist direct falsch. So zeichnet der Verf. vom kurzen Hammerfortsatz ausgehend immer zwei scharf sich abhebende Falten, welche weder den beiden Grenzsträngen, noch der hinteren Falte und einem der Grenzstränge entsprechen. Am schärfsten tritt das bei den vergrösserten Bildern hervor. Die so wichtige Perforation der Membrana Shrapnelli und das Trommelfell bei reinem Tubenverschluss sind nicht dargestellt.

Das Buch ist eher geeignet zu schaden als zu nützen und kann desshalb nicht empfohlen werden. Scheibe-München.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1895, No. 48 u. 49.

No. 48. A. Jolles-Wien: **Ueber das Auftreten und den Nachweis von Urobilin im normalen und pathologischen Harn.**

Aus der vorliegenden Arbeit, die zahlreiche Untersuchungen zur Grundlage hat, können hier nur die Schlussfolgerungen mitgetheilt werden:

„1) Der normale Harnfarbstoff ist mit grösster Wahrscheinlichkeit als identisch mit dem höchsten Oxydationsproduct des Bilirubins anzusehen; im normalen Harn kommen zuweilen Farbstoffe vor, die sich vom normalen Harnfarbstoff nur durch ihren Sauerstoffgehalt unterscheiden.

2) Die Harnfarbstoffe, welche nach ihrem spektroskopischen Verhalten und nach ihrer chemischen Reaction als Urobiline (= Hydrobilirubine) bezeichnet werden, lassen sich in physiologische und pathologische Urobiline trennen. Die unvollständig oxydirten Harnfarbstoffe gehören zu den physiologischen Urobilinen.

3) Zu den physiologischen Urobilinen gehört auch jener Farbstoff, der sich beim Stehen normal gefärbter Harne durch das Nachdunkeln bemerkbar macht.

4) Beide Urobilinarten unterscheiden sich wesentlich dadurch, dass die physiologischen Urobiline nach erfolgter Oxydation mit einer alkoholischen Jodlösung oder Salpetersäure weder Fluorescenz (nach Zusatz von Ammoniak und Chlorzink) noch ein charakteristisches Spectrum zeigen, während die pathologischen Urobiline nach der gleichen Behandlung ihr optisches Verhalten und ihre Fluorescenz beibehalten.

5) Um Verwechslungen der physiologischen und der pathologischen Urobiline hintanzuhalten, ist es nothwendig, das Urobilin aus dem Harn zu isoliren und dann genau zu untersuchen.

Dies geschieht am besten wie folgt: In einem entsprechend geformten Schüttelcylinder, eventuell auch Scheidetrichter, fügt man zu 50 ccm Harn 5 ccm einer verdünnten, frisch bereiteten Kalkmilchlösung und 10 ccm Chloroform hinzu und schüttelt das Ganze mehrere Minuten kräftig durch. Alsdann lässt man den Cylinder einige Minuten stehen, wobei sich das Chloroform und der Niederschlag zu Boden setzen. Letzteren lässt man in eine kleine Porcellanschale abfliessen, dampft auf dem Wasserbade zur Trockne ein, verreibt den Rückstand mit ca. 5 ccm verdünntem Alkohol (ca. 30 Vol. Proc.) unter Zusatz einiger Tropfen concentrirter Salpetersäure und filtrirt.

Bei Gegenwart von pathologischem Urobilin erscheint das Filtrat braunroth bis granatroth, zeigt bei passender Verdünnung das charakteristische Spectrum zwischen den Fraunhofer'schen Linien C und F, und zwar näher an F, und grüne Fluorescenz der ammoniakalischen, mit Chlorzink versetzten Lösung. — Schüttelt man einen Theil des Filtrates mit Amylalkohol, so nimmt letzterer den Farbstoff auf und zeigt ebenfalls das scharf begrenzte Absorptionsspectrum.

6) Als Quelle des pathologischen Urobilins sind der Gallenfarbstoff (Bilirubin) und der Blutfarbstoff anzusehen."

No. 49. F. Martius: **Ueber die wissenschaftliche Verwerthbarkeit der Magendurchleuchtung.**

Verf. widerlegt die Einwände, die Meinert (Centralblatt No. 44, ref. d. W. No. 46) gegen die Verwerthbarkeit der Magendurchleuchtung geltend gemacht hat.

No. 50.

Unter Bezugnahme auf die Preisschrift von W. Schwartz und auf Grund eigener Beobachtungen kann M. die von seinem Schüler Meltzing mitgetheilte Behauptung, dass die Grenzen des Durchleuchtungsbildes mit den wirklichen Magengrenzen übereinstimmen, durchaus bestätigen. W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Chirurgie. 1895, No. 48.

Dr. A. Lenz-Lesswegen: **Zur Casuistik der intraperitonealen Blasenruptur.**

Mittheilung eines durch Laparotomie und Blasennath (15 Stunden nach der Ruptur) trotz Collapszustandes geheilten Falles bei 38jährigem Potator, der Morgens nach einem Excess mit Erscheinungen von Blasenruptur erwacht war und bei dem der Katheter ca. 2 Esslöffel dunklen flüssigen Blutes entleerte. Bei der Durchtrennung der Bauchdecken stürzten aus der Peritonealhöhle ca. $1^1/_2$ Liter blutig gefärbter, geruchloser Flüssigkeit und mehrere bis apfelgrosse Blutcoagula. Der ca. 2" sagittal vom Scheitel der Blase nach hinten sich erstreckende intraperitoneale Blasenriss wurde mit Seidenknopfnähten (durch Muscularis und Serosa) gradatim angelegt, indem jede neu angelegte Sutur als Zügel zum Vorziehen der Blase und erleichtertem Anlegen der folgenden Suturen diente, die erst, nachdem alle gelegt, von hinten her fortschreitend geknüpft wurden. Daraufgesetzte Lembert'sche Knopfnähte gelangen nur theilweise. Drainage durch Jodoformgaze, die wie ein Diaphragma zwischen Därme und Blase gelegt, zum unteren Wundwinkel herausgeleitet wurde und am 3. Tage entfernt wurde.

L. präcisirt im Anschluss an seinen Fall ein Normalverfahren bei intraperitonealer Blasenruptur und proponirt: 1) die an den aseptisch ausgeführten diagnostischen Katheterismus sofort sich anschliessende Laparotomie, 2) die Placirung eines Jodoformgazediaphragmas zwischen Därme und Blase, und empfiehlt 3) häufiges spontanes Uriniren, Katheterismus nur im Fall der Retention; er verwirft den Verweilkatheter, da es leicht zu Cystitis dabei kommt. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 48.

1) P. Zweifel-Leipzig: **Zur Behandlung der Eklampsie.** Bericht über 129 hier beobachtete Fälle. (No. 46—48.)

Zw. hat in dieser eingehenden Studie, die wohl eher in die Zeitschrift als in das Centralblatt gepasst hätte, die Behandlungsresultate bei Eklampsie in der Leipziger Frauenklinik aus den letzten 8 Jahren zusammengestellt und kritisch verwerthet. Das Material zerfällt in 2 Abschnitte, indem von 1887 bis Ende 1891 die Grundsätze der Behandlung mehr exspectativ (Diaphorese, protrahirte Chloroformnarkose, Morphium-Injectionen), von Anfang 1892 bis jetzt möglichst activ im Allgemeinen nach Dührssen's Vorschlägen (rasche Entbindung durch tiefe Cervixincisionen) waren. Die Mortalität der exspectativen Behandlung betrug 32,6 Proc., der activen 15 Proc., dagegen hörten die Anfälle der nach Dührssen Entbundenen nur in 52 Proc. der Fälle auf, in 48 Proc. dagegen nicht. Zw. räth daher, bei einer Eklamptischen im Allgemeinen die Geburt so bald als möglich in Narkose zu vollenden. Die Geburt soll nur per vias naturales beendet werden; den Kaiserschnitt verwirft Zw. durchaus. Ist der Muttermund noch uneröffnet, der Cervix aber schon entfaltet, so genügt meist der Kolpeurynter, event. kleine Schnitte; ist die ganze Portio noch erhalten, so beginne man auch mit dem Kolpeurynter, füge aber tiefere Incisionen des Cervix hinzu. Gegen Nachblutungen schützen am besten Billroth'sche Klemmen. Vor der Entbindung können Aderlässe bis zu 500 g versucht werden, wenn der Cervix noch ganz geschlossen und der Puls stark gespannt ist, ebenso nach der Entbindung bei gleichem Puls und Fortdauer der Anfälle. Zur Narkose kann man ebensogut Chloroform wie Aether benutzen.

2) J. Wygodzki-Wilna: **Eine siebenmalige Nabelschnurumschlingung um den Hals des Kindes als Geburtshinderniss.**

Die Geburt des todten Kindes musste durch den Kristeller'schen Handgriff beendet werden. Ausser 7 mal um den Hals war die Nabelschnur auch noch 1 mal um die linke Schulter geschlungen.

Jaffé-Hamburg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 27. Band. 3. Heft. Berlin, A. Hirschwald.

1) Schwalbe-Strassburg: **Zur Methodik statistischer Untersuchungen über die Ohrformen von Geisteskranken und Verbrechern.**

Angabe eines Zählkartenformulars zur Erzielung gleichmässiger statistischer Erhebungen über die pathologischen Ohrformen.

2) Kam-Meerenburg, Holland: **Beiträge zur Kenntniss der durch Grosshirnherde bedingten secundären Veränderungen im Hirnstamme.** Mit 2 Tafeln.

Bei einem Falle von ausgedehnten Zerstörungen der Grosshirnhemisphären war der linke Hirnschenkelfuss bis auf seinen am meisten lateral gelegenen Abschnitt secundär degenerirt. K. konnte dieses „ovale" Bündel bis zur Markstrahlung des Temporallappens verfolgen, aus dem es nach dem Ergebnisse von 6 anderen (4 negativen, 2 positiven) Fällen von Hirnschenkelfussdegeneration entspringt. Sonstige Befunde siehe Original.

3) Laehr: **Ueber Sensibilitätsstörungen bei Tabes dorsalis und ihre Localisation.** (Psych. Klinik der Charité.) Mit Abbildungen.

In der interessanten Arbeit wird über 60 Tabesfälle berichtet. Sensibilitätsstörungen lassen sich darnach bei der Tabes häufig frühzeitig auch am Rumpf nachweisen. Im Gegensatz zu den unteren Extremitäten erscheint zuerst die Berührungs-, erst später auch die Schmerzempfindung beeinträchtigt. Die Ausdehnung der hypästhetischen Zonen am Rumpf und Extremitäten entspricht nicht dem Verbreitungsbezirk der peripherischen Nerven, sondern mehr den von den einzelnen spinalen Segmenten versorgten Hautgebieten. Es erscheint demnach dieser Befund in schöner Uebereinstimmung mit den neueren Anschauungen über die anatomische Localisation des tabetischen Erkrankungsprocesses entsprechend den in verschiedenen Segmenthöhen eintretenden hinteren Wurzeln.

4) Fürstner-Strassburg: **Ueber Eröffnung des Wirbelcanales bei Spondilitis und Compressionsmyelitis.** Mit 1 Tafel.

Bei einer 35jährigen Frau traten 6 Monate nach einem Sturze Compressionssymptome auf (ausstrahlende Schmerzen, Parese der Beine, Sensibilitäts-, Blasenstörungen). Die Process. spin. des 8.—10. Brustwirbels vorspringend und schmerzhaft. Bei operativer Eröffnung des Wirbelcanales wurde indess nichts Krankhaftes constatirt. Nach der Operation leichte Besserung der Blasen- und Sensibilitätsstörungen — sonst Status idem. Tod nach 6 Wochen. Bei der Section fand sich im Gegensatz zum Operationsergebniss ein grosser Abscess, der vom 6.—12. Brustwirbelkörper reichte. Besonders im 10. Wirbelkörper eine mächtige Eiterhöhle und Sequestrirung. Am Rückenmarke fanden sich u. A. ausgedehnte secundäre Degenerationen. — Also wieder ein recht wenig ermunterndes Ergebniss der Rückenmarkschirurgie!

5) Prus-Lemberg: **Die Morvan'sche Krankheit, ihr Verhältniss zur Syringomyelie und Lepra.**

Eine 46jährige Frau aus Galizien leidet seit 8 Jahren an langsam progressiver Schwäche und Atrophie der Schultermusculatur, Ulcerationen und Panaritien an Fuss und Händen, Sensibilitätsstörungen, Parästhesien in den oberen Extremitäten; daselbst entwickelten sich in der Folge Deformirungen der Phalangen, Gelenksankylosen — kurz das Bild der „Morvan'schen Krankheit“ resp. der Syringomyelie. Im Blute der Patientin aber fand P. einen Bacillus, den er für den Leprabacillus hält; die Diagnose lautete also: „Lepra mutilans“. Zu den folgenden Verallgemeinerungen, dass alle die auch bei uns nicht allzu seltenen ähnlichen Fälle von Syringomyelie als Lepra anzusehen wären, ist der Verfasser vorläufig gewiss nicht berechtigt.

6) Bödecker: **Zur Kenntniss der acuten alkoholischen Ophthalmoplegien.** (Irrenanstalt Herzberge, Berlin.) Mit 1 Tafel.

Bei einem 52jährigen Alkoholiker bestand u. A. beiderseitige Abducenslähmung, Oculomotoriusparese und reflectorische Pupillenstarre, was durch eine hämorrhagische Encephalitis in den Kernregionen dieser Nerven bedingt war.

7) Jacobsohn: **Ueber die schwere Form der Arteriosklerose im Centralnervensystem.** (Laboratorium von Prof. Mendel.) Mit 2 Tafeln.

Ein 58jähriger Alkoholiker erlitt wiederholte apoplektische Anfälle, wechselnd auftretende Lähmungserscheinungen einzelner Gehirnnerven (Oculomot., Vagus) und Extremitäten complicirten das Krankheitsbild, dem ausgedehnte Arteriosklerose der Gehirnarterien und in deren Gefolge multiple Erweichungsherde in den Hemisphären und im Hirnstamme zu Grunde lagen.

8) Stern: **Ueber periodische Schwankungen der Hirnrindenfunctionen.** (Med. Klinik, Breslau.)

Zwei Krankengeschichten mit eingehender Untersuchung der psychischen Thätigkeit, die in beiden Fällen das merkwürdige Phänomen spontaner, in Intervallen auftretender krankhafter Herabsetzung aller ihrer verschiedenen Functionen aufwies. Näheres s. Original.

9) Köppen: **Ueber Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.** (Psych. Klinik der Charité.) Mit 1 Tafel.

Zwei Fälle. Der erste als luetische Meningo-myelitis mit besonderer Localisation im Halsmarke und Uebergreifen auf die Dura hier aufzufassen (Lähmung und Atrophie der Arme, Lähmung der Beine, Blasen-Sensibilitätsstörungen, merkwürdigerweise nie Schmerzen!); der zweite Fall ist ätiologisch unklar, er bot nur geringe Muskelatrophien, hatte aber mit dem ersten gemeinsam eine bestimmte Störung der Athmung (stockendes Sprechen) in Folge von Phrenicuslasion.

10) König-Dalldorf: **Transitorische Hemianopsie und concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei einem Falle von cerebraler Kinderlähmung.**

Kurze Krankengeschichte mit Gesichtsfeldaufnahmen.

Chr. Jakob-Bamberg.

Virchow's Archiv. Band 141, Heft 3.

E. Meyer-Göttingen: **Ueber Ausscheidungstuberculose der Nieren.**

Meyer findet bei sechs Fällen von Miliartuberculose der Nieren in der grossen Mehrzahl seiner Schnitte als den primären Ansiedlungspunkt der Tuberkelbacillen nicht die Gefässe, sondern die Harnkanälchen. Ist die Wand der Glomeruluscapillaren durchlässiger geworden, so können, bevor der Glomerulus zu weit verändert ist, die Bacillen ausgeschieden werden; ist die Veränderung schon zu weit gegangen, so hört die Durchlässigkeit natürlich ganz auf. Die meisten Marktuberkel waren so durch Ausscheidung von Tuberkelbacillen in die Harnkanälchen entstanden, waren also „Ausscheidungstuberkel“.

Deichert-Göttingen: **Ueber Knorpel- und Knochenbildung in den Tonsillen.**

Zwei Fälle, in denen sich symmetrisch in dem Bindegewebsbalg beider Tonsillen Knorpel und Knochen vorfand und zwar vorzugsweise in der Tiefe des Organs gelegen, bei Individuen verschiedenen Lebensalters, ohne besondere darauf bezügliche pathologische Veränderungen an dem eigentlichen Follikelapparat. D. vermuthet, dass es sich hierbei um Reste des embryonalen zweiten Schlundknorpels handelt.

Stoeltzner-Berlin: **Ueber Knochenerweichung durch Atrophie.**

Ein 1jähriger Knabe, der sich den linken Oberschenkel gebrochen hatte, starb, nachdem das betr. Bein 19 Tage lang vertikal suspendirt war. Es ergab sich eine Erweichung der suspendirten Knochen. Dieser bei Rhachitischen unter den genannten Umständen eintretenden Knochenerweichung liegt eine Einschmelzung des Knochengewebes vom Periost, den Markräumen und den Havers'schen Kanälen aus zu Grunde, hervorgerufen durch Verminderung der Apposition und Steigerung der Resorption.

Nach den Erfahrungen über die Wirkung der vertikalen Suspension einerseits, der Constriction andererseits ist man berechtigt, an der Ansicht festzuhalten, dass Anämie zu Steigerung der Knocheneinschmelzung, Hyperämie zu Steigerung der Knochenanbildung führt.

Prof. Hauser-Erlangen: **Nochmals über Ribbert's Theorie von der Histogenese des Krebses.**

Erwiderung auf: Ribbert, Weitere Untersuchungen über die Histogenese des Carcinoms. Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. V. S. 697. Eignet sich nicht zu kurzem Referat an dieser Stelle.

Joachimsthal-Berlin: **Eine seltene Form von angeborener Wirbelspalte.**

Die Eigenart des mitgetheilten Falles besteht in einer den Defect deckenden Knochenleiste. Während nämlich der 3. u. 4. linke Lendenwirbelbogen fehlt, hat sich der 4. rechte Lendenwirbelbogen ungehindert entwickelt und in Form einer Exostose die Mittellinie nach links hin um $1^1/_2$ cm überschritten. Dieser partielle, natürliche Verschluss der Defectstelle erinnert an die neueren osteoplastischen Versuche zur Heilung der Spina bifida.

Koloman Buday-Berlin: **Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Syphilis.**

Ein unter dem Bilde eines malignen Abdominaltumors verlaufender und zur Laparotomie gebrachter Fall von constitutioneller Syphilis. Die Section ergab massenhafte geschwulstartige, gummöse, mesenteriale Wucherungen, daneben ausgedehnte gummöse Geschwüre des Magens und Dünndarms, ein syphilitisches Geschwür der Zunge, eine gangränöse Pharyngitis, sowie Gummata in Leber und Nieren.

Freudweiler-Zürich: **Ueber experimentelle Phlebitis.**

Nach dem Vorgange Ribbert's, der durch Einspritzen von Jod in einen Nierenarterienast Entzündung hervorrufen konnte, injicirte F. eine Jodlösung in die Venen von Kaninchen und erzeugte so eine Entzündung der Gefässwand und ihrer Umgebung.

Der entzündliche Process, soweit er exsudativer Natur ist, beginnt in der Adventitia und nimmt dort auch die grösste Ausdehnung an. Unter den eintretenden Veränderungen dominirt die Periphlebitis.

Der Process geht auch auf die Media über. Man sieht Leukocyten — und zwar von der Adventitia aus — in sie eindringen und Proliferation ihrer fixen Zellen eintreten.

Die Intima nimmt in Form einer Vergrösserung und Vermehrung der Endothelzellen ebenfalls an der Entzündung Theil. Ihre Veränderung wird primär durch das Jod hervorgerufen und ist nicht secundär von den andern Gefässhäuten aus entstanden, denn man sieht sie auftreten, bevor noch die Entzündung von der Adventitia auf die Media übergegangen ist. Hecker-München.

M. Glogner: **Ein weiterer Beitrag zur Aetiologie der multiplen Neuritis in den Tropen.**

Man kann unter den Beri-Beri-Erkrankungen Fälle unterscheiden, welche mit Milzvergrösserung, beschleunigter Herzarbeit, bisweilen intermittirendem Puls und atypischem Fieber, oder mit Milzschwellung und beschleunigtem Puls ohne Fieber, oder selten mit Milzschwellung und leichtem unregelmässigem Fieber ohne beschleunigte Herzaction einhergehen, und solche, bei welchen diese Erscheinungen fehlen. Ein Theil der Fälle wird durch Malaria hervorgerufen, ein grösserer Theil aber hat mit Malaria nichts zu thun. Bei diesen letzteren wurden im Fingerblut keine Mikroorganismen gefunden; wohl aber im Milzblut. Die gefundenen pigmentirten Gebilde haben Aehnlichkeit mit Malariaplasmodien, unterscheiden sich aber von denselben dadurch, dass sie schon in ihren jüngsten Formen pigmentirt sind und eine stärkere Pigmentirung zeigen, dass die Pigmentirung eine Kreisform darstellt, dass sie ausschliesslich extraglobulär leben und dass sie im peripheren Blut nicht zu finden sind. Die Mikroorganismen waren in der Mehrzahl der Fälle vorhanden. Bei den wenigen Fällen, in welchen sie fehlten, fasst G. die Neuritis als eine Nachkrankheit einer Infection auf, wie solches auch nach anderen Infectionskrankheiten vorkommt. Uebertragungsversuche wurden nicht gemacht. Nicht nur die Malariaplasmodien und der neugefundene Milzparasit stehen ätiologisch mit der Beri-Beri-Krankheit in Zusammenhang, sondern auch andere Infectionskrankheiten, z. B.

Dysenterie. — Nicht in jedem Falle erzeugt das von G. gefundene pigmentirte Gebilde eine Neuritis. Er fand dasselbe auch bei unregelmässigem Fieber mit Milzvergrösserung ohne multiple Neuritis.

Sackur: **Ueber die tödtliche Nachwirkung der durch Koffeïn erzeugten Muskelstarre.** (Arbeiten aus dem pharmakologischen Institut der Universität Breslau.) p. 479.

Kaninchen, welchen die Beinmusculatur durch Koffeïneinspritzung und dadurch erfolgter Myosingerinnung zur Erstarrung gebracht wurde, wobei eine allgemeine Koffeïnvergiftung durch besondere Anordnungen vermieden war, gingen nach 4—15 Stunden zu Grunde. Bei der Section zeigten sich multiple Blutungen durch Gefässthrombosirung, die sicher intra vitam entstanden waren. S. nimmt an, dass die Thrombosirungen durch Verschleppung von Fibrinferment aus den starren Muskeln entstanden sind.

M. Roth: **Vesaliana.** p. 462.

Beiträge zur Biographie der beiden Brüder Vesalius.

F. Voit-München.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XX. Bd. 3. Heft.

Arthur Dräer: **Das Pregelwasser oberhalb, innerhalb und unterhalb Königsberg in bakteriologischer und chemischer Beziehung, sowie hinsichtlich seiner Brauchbarkeit als Leitungswasser,** nebst einigen Bemerkungen über die Selbstreinigung der Flüsse und über die Einleitung von Abwässern in Flussläufe. (Hygienisches Institut Königsberg i. Pr.)

Die Arbeit bringt viele Beobachtungen und Literaturangaben, ist aber ihres mehr localen Interesses wegen ohne Pläne nicht referirbar.

W. Kedrowski: **Ueber die Bedingungen, unter welchen anaërobe Bakterien auch bei Gegenwart von Sauerstoff existiren können.** (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Moskau.)

Die Beobachtung bringt das sehr interessante Resultat, dass eine anaërobe Art (dem Clostridium butyricum nahestehend), deren Unfähigkeit in Bouillon und in oberflächlichem Agar und in Gelatineculturen zu wachsen dargethan war, sehr gut in Mischculturen mit verschiedenen aëroben Arten (z. B. B. prodigiosus) wuchs — selbst wenn Sauerstoff durchgeleitet wurde. Die Thatsache, dass die aëroben Pilze hierbei nicht oder doch nicht hauptsächlich als Sauerstoffverzehrer wirken, beweist K. damit, dass auch auf durch Chloroformdämpfe sterilisirten Sarcina flava-Strichculturen nachträglich der B. butyricus aërob trefflich gedieh. Es muss also die aërobe Art irgend eine Substanz produciren, die dem anaëroben Pilz trotz Sauerstoffzutritt das Leben (und Sporenbildung) möglich macht.

E. Gotschlich und J. Weigang: **Ueber die Beziehungen zwischen Virulenz und Individuenzahl einer Choleracultur.** (Hygienisches Institut Breslau.)

Die von Gruber und Wiener gefundene Thatsache, dass die gleiche Menge Choleravibrionen von jungen Culturen (20—24 Stunden alter Agarculturen) viel pathogener seien als alte, erklärten diese Autoren durch die Annahme, dass nur jungen Culturen volle Virulenz zukomme und dass bei längerer Cultur auf dem gleichen Nährboden dieselbe rasch abnehme. Gotschlich und Weigang weisen nun nach, dass lediglich die gewaltige Abnahme der Anzahl lebender Individuen in derartigen Culturen genügt, um die Wirkungsabnahme befriedigend zu erklären.

Z. B. enthielten 3 Culturen in 2 mg Substanz

	Millionen Individuen		
nach 20 Stunden	1034	1000	576
44 „	111	47	36,4
3 Tagen	7,8	11	2,6

In besonderen Versuchen wurde gezeigt, dass von der betreffenden Rasse etwa 200—300 Millionen lebender Bacillen für das Meerschweinchen bei intraperitonealer Injection darstellen und dass die Giftigkeit der in den Culturen abgestorbenen — vielleicht schon wieder durch den Stoffwechsel der überlebenden Individuen geschädigten — Vibrionen für die Schädigung gar nicht in Frage kommt.

Den Versuch von Gruber und Wiener, die Cholera von Meerschweinchen zu Meerschweinchen durch Verimpfung stets gleicher Mengen Peritonealexsudats fortzupflanzen, haben Gotschlich und Weigang auch wiederholt. Während aber nach Gruber und Wiener die Kette der Infectionen nach einigen Uebertragungen abreisst und nur wieder angeknüpft werden kann, wenn man zwischen durch wieder eine Agarcultur anlegt, fanden die Breslauer Autoren eine ununterbrochene Kette und sogar etwas Virulenzsteigerung.

A. Lübbert: **Ueber die freiwillige Eisenausscheidung aus Grundwasser und eine Enteisenungsmethode für Kesselbrunnen.** (Hygienisches Institut Breslau.)

Das im norddeutschen Tiefgrundwasser weit verbreitet enthaltene farblos gelöste Eisenoxydulcarbonat fällt bekanntlich an der Luft in braunen Flecken als Eisenoxydhydrat aus. Der Verfasser zeigt nun, dass der Gehalt des Wassers an freier CO_2 dieses Ausfallen stört und verlangsamt, ja in einer etwa zu 1/3 aus CO_2 bestehenden Atmosphäre fällt sogar überhaupt kein Eisen aus. Es ist also für eine Enteisenung des Grundwassers zwecks seiner Verwendung eine Entfernung der CO_2 zweckmässig, im Kleinen kann man durch Schütteln mit Holzkohle oder Ferrihydrat die CO_2 wegschaffen und dadurch die Eisenfällung beschleunigen. Im Grossen wird dies nach einem Verfahren von Baumeister Steckel in Breslau dadurch erstrebt, dass man gelöschten Kalk in nussgrossen Stücken zwischen den Brunnenschacht und eine weitere Ummauerung bringt — beim Pumpen verschwindet bald ein Gehalt an freiem Aetzkalk, das Wasser wird härter und eisenfrei. L. äussert sich recht befriedigt über das Verfahren, über das allerdings noch keine langen Erfahrungen vorliegen.

V. Babes: **Beobachtungen über die metachromatischen Körperchen, Sporenbildung, Verzweigung, Kolben und Kapselbildung pathogener Bakterien.** (Bukarest.)

Die für den Bakteriologen sehr interessante Arbeit ist ohne die 2 Tafeln Abbildungen des Originals, in Kürze kaum zu referiren, setzt doch ein kurzes Referat voraus, dass der Leser in den subtilsten Fragen der Spaltpilzmorphologie schon zu Hause sei. Nur so viel sei gesagt, dass die Thatsache echter Astbildungen jetzt für zahlreiche Bakterien feststeht, dass die Capseln und Gallerthüllen bei immer mehr Arten gelegentlich nachgewiesen werden und dass die Geisseln von den Kapseln ausgehen.

Sobernheim: **Untersuchungen über die specifische Bedeutung der Choleraimmunität.** (Aus den hygienischen Instituten Marburg und Halle a. S.)

Sobernheim, der früher mit C. Fränkel die specifische Natur der Choleraimmunität von mit Choleravibrionen vorbehandelten Thieren geleugnet und die durch Prodigiosus, Coli u. s. f. erzeugte Immunität mit der specifischen Choleraimmunität auf die gleiche Stufe gesetzt hatte, bekennt sich nach neuer eingehender Prüfung der ganzen Frage jetzt im Wesentlichen zu der Ansicht von R. Pfeiffer, nach welcher der Choleravibrio in specifischer Weise Wochen und Monate lang gegen Cholera immunisirt, während die anderen Organismen nur eine (nach einigen bis 14 Tagen) vorübergehende von der specifischen Immunität verschiedene Schutzwirkung entfalten. Auch die Pfeiffer'sche Choleradifferentialdiagnose wird von Sobernheim als wichtiges Hilfsmittel anerkannt, das, richtig angewandt, niemals ein zweifelhaftes Resultat gab.

Emil Gotschlich: **Choleraähnliche Vibrionen bei schweren einheimischen Brechdurchfällen.** (Aus dem hygienischen Institut Breslau.)

In den Jahren 1893, 1894 und 1895 bis Mitte Juli wurden im Breslauer hygienischen Institut 55, 97 und 22 Stuhlproben von schweren Brechdurchfällen untersucht (Mortalität 32—43 Proc.), die nach der eingehenden Untersuchung nicht als Cholera asiatica angesprochen werden konnten, weil Choleravibrionen fehlten und auch ihr epidemiologisches Verhalten keinen Anlass auf Choleraverdacht bot. Die jahreszeitliche Vertheilung dieser Fälle erinnert auffallend an die typischen Cholerafrequenzcurven v. Pettenkofer's. (Frühlingsminimum, August und September Maximum.)

In 3 Fällen wurden durch die Peptonwasservorcultur choleraähnliche Vibrionen gefunden, die sich zwar alle durch einzelne biologische und morphologische Merkmale vom Choleravibrio unterscheiden, aber doch die Entscheidung im gegebenen praktischen Falle zu einer sehr schwierigen machten. Da diese Organismen in den Stühlen sehr spärlich sind, so empfiehlt G. stets neben Peptonwasserculturen auch directe Gelatineplatten zu machen. Ergeben letztere ein negatives Resultat, so ist ein positives Resultat der Peptonbouillon erst auf Cholera zu beziehen, wenn die genauere Untersuchung, eventuell schliesslich die Pfeiffer'sche Probe, dafür spricht. Vereinzelte Choleravibrionen bei Cholerakranken kamen unter 1500 Fällen in Breslau niemals, bei Choleraobservanden nur 2mal zu Gesicht.

Emil Gotschlich: **Die hygienische Bedeutung des Hausschwammes.** (Hygienisches Institut Breslau.)

Die dürftigen Angaben über die Gesundheitsschädlichkeit des Hausschwammes wurden schon bisher meist mit Zweifeln und Bedenken in der Literatur weitergeführt. G. kritisirt im Detail ihre Oberflächlichkeit. Da der Hausschwamm, wie Versuche zeigten, bei Bruttemperatur bald abstirbt, so ist es nicht zu verwundern, dass auch G.'s Thierversuche (Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen) mit Fütterung von Mycel, Inhalation von Sporen, subcutaner Injection von Sporen etc. scheiterten. Auch Injection wässeriger Extracte und Inhalation der fauligen Ausdünstung war wirkungslos bei den Thieren.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 48.

Zum 100jährigen Stiftungsfest der militärärztlichen Bildungs-Anstalten.

1) A. Köhler: **Ein Fall von Exarticulation des Armes mit Entfernung des Schulterblattes und der lateralen zwei Drittheile des Schlüsselbeins.**

Die Operation wurde vorgenommen wegen eines Myxosarkoms des Oberarms. Die Subclavicular-Gefässe wurden im Beginn der Operation prophylaktisch unterbunden, nachdem das mittlere Stück der Clavicula resecirt war. Die grosse Wunde heilte ohne Störung.

2) Grawitz: **Untersuchungen über den Einfluss ungenügender Ernährung auf die Zusammensetzung des menschlichen Blutes.** (Aus der Gerhardt'schen Klinik.)

Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, an gesunden Menschen den Einfluss ungenügender Ernährung auf das Blut unter sorgfältiger Analysirung der aufgenommenen Nahrung sowie der ausgeschiedenen

Stoffe und unter Bestimmung des Körpergewichtes zu beobachten. Es ergab sich, dass bei ungenügender Ernährung und zwar am stärksten bei sehr eiweissarmer und dabei an Brennwerth unzureichender Nahrung eine Wasseraufnahme im Blute auftritt, welche vielleicht als Theilerscheinung einer allgemeinen Wasseraufnahme des Körpers, zum Theil aber sicher als Folge einer Verringerung des Eiweissbestandes im Plasma aufzufassen ist. Verf. glaubt sich zu der Folgerung berechtigt, dass ungenügende, besonders eiweissarme Ernährung eine anämische Blutbeschaffenheit bewirkt.

3) Geissler: **Zur Anatomie und Behandlung des Genu valgum.** (Aus der Bergmann'schen Klinik.)

G. hatte Gelegenheit, die Genua valga eines an Diphtherie verstorbenen Knaben, von denen das eine 14 Tage vorher operirt war, genau zu untersuchen. Von dem Befund sei hier nur kurz hervorgehoben: Auffallend schräger Verlauf der Richtungslinie des Femurschaftes zur Epiphysenlinie, unregelmässige Verbreiterung des Epiphysenknorpels, enorme Wucherung der Knorpelzellen-Säulen, die ihre parallele Schichtung verloren haben. Die Operationsstelle war ganz verheilt.

v. Bergmann befolgt bei der Macewen'schen Operation folgende Regeln: Keine Blutleere, 4—5 cm langer Schnitt neben der Adductorensehne, Durchmeisselung mit 2—3 cm breitem Meissel, wobei man Acht zu geben hat, dass der Meissel nicht in die Epiphysenlinie vordringt. Gypsverband bis über das Becken.

Die Resultate sind sehr gute. Zwei der operirten Patienten haben ihrer Militärpflicht genügt.

4) Tilmann: **Zur Behandlung der Meningocele.** (Aus der Bardeleben'schen Klinik.)

Zwei Fälle von Meningocele, behandelt mit Abbindung und Exstirpation des Sackes. Beide Male waren Hirntheile in dem Sack nicht vorhanden.

Das erste Kind wurde geheilt, das zweite starb unter den Erscheinungen eines zunehmenden Hydrocephalus.

5) Passow: **Ein Fall von perisinuösem Abscess und Sinusthrombose mit Ausgang in Heilung.** (Aus der Trautmann'schen Ohrenklinik.)

Die im Anschluss an eine chronische Mittelohreiterung entstandene Erkrankung nahm nach Eröffnung der Schädelhöhle und Entleerung des Eiters mit Spaltung des Sinus einen völlig glücklichen Verlauf. Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. No. 49.

Die vorliegende Nummer ist eigentlich eine Festschrift zur Jubiläumsfeier des 100jährigen Bestehens der Pepinière und enthält ausser der Festrede des Generalstabsarztes der Armee, Prof. Dr. v. Coler, folgende Beiträge:

Oberstabsarzt Schjerning: **Zum 2. December 1895.**

Erinnerungsbilder aus der Vergangenheit und Entwicklung der Pepinière.

Oberstabsarzt Sperling: **Die preussischen militärärztlichen Bildungsanstalten in der Gegenwart.**

Beschreibung der Hilfsmittel und Sammlungen der Pepinière, sowie des Studienganges der Zöglinge.

Oberstabsarzt Krocker: **Die Erfolge gesundheitlicher Maassnahmen in der Armee.**

Die Sterblichkeitsziffer in der deutschen Armee ist in stetigem Abnehmen begriffen, und bei weitem geringer als in den anderen Staaten. Sie betrug 1890: 3,3 pro mille, durch Krankheiten 2,3, Verunglückung 0,35, Selbstmord 0,61 pro mille der Kopfstärke.

Stabsarzt Tilmann: **Zur Frage der Laparotomia exploratoria.** (Aus der chirurgischen Klinik am Charité-Krankenhause Berlin, stellvertr. Director: Oberstabsarzt Prof. Köhler.)

Die exploratorische Laparotomie ist ein nicht ganz ungefährlicher Eingriff, soll also nur nach völliger Erschöpfung aller sonst zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden ausgeführt werden, als Voroperation für eventuelle weitere Eingriffe.

Die Bauchfelltuberculose kann durch den einfachen Bauchschnitt geheilt werden. Die Erklärung liegt wahrscheinlich in der dadurch bewirkten starken Hyperämie des Peritoneums. Auch Geschwülste der Bauchhöhle sind durch dieselbe günstig beeinflusst worden.

Marinestabsarzt Uthemann: **Ein Beitrag zur Elephantiasis-Casuistik.**

Bericht über die günstig verlaufene Operation eines durch Elephantiasis abnorm vergrösserten Scrotums in Apia. Gewicht des Tumors 30 kg.

Oberstabsarzt Prof. A. Köhler: **Ueber die neueren Fortschritte in der chirurgischen Technik.**

Schluss aus No. 40 dieser Wochenschrift.

Im Gebiete der **Chirurgie des Unterleibs** hat sich die Witzel'sche Methode der Gastrotomie am besten bewährt; bezüglich der Gastroenterostomie schwebt der Streit über die Vortheile der Anwendung des Murphy'schen Knopfes. Bei Verengerungen des Pylorus hat sich die Pyloroplastik die meisten Anhänger erworben. Die Leberchirurgie ist in den Monographien Langenbuch's und Gumprecht's erschöpfend bearbeitet. Der Murphy'sche Anastomosenknopf hat auch bei der Cholecystenterostomie mit Erfolg Anwendung gefunden. Im Gebiete der Milz- und Nierenchirurgie sind keine Neuerungen zu verzeichnen. Für die Blasenchirurgie ist die Symphyseotomie zur Freilegung der vorderen Blasenwand wieder an das Tageslicht gezogen worden; ob mit bleibendem Erfolg, bleibt abzuwarten; dasselbe gilt von der durch Bauer empfohlenen Rectocystotomie. Die Lithotripsie behauptet ihren Vorrang vor der Lithotomie. Im Gebiete der Hernien keine Neuerungen.

Die **Chirurgie der Extremitäten** steht unter dem Zeichen der conservativen oder besser der conservirenden Methode. Die antiseptischen Wundspülungen sind obsolet. Die neu empfohlenen Operationsmethoden sind nur unbedeutende Variationen der alten typischen Operationen. Bezüglich der Amputatio cruris ist eine neue Amputatio intercondylica-osteoplastica von Ssabanejew bemerkenswerth. Für die Exarticulatio femoris ist die Rose-Lüning'sche Methode immer noch die beste. F. L.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 4. December 1895.

Herr **Placzek** stellt ein 17jähriges Mädchen mit **Paramyoclonus multiplex** vor.

Es bestehen bei der Patientin lebhafte blitzartige Contractionen in den Sternocleidomastoidei, einem Theil der Schulter- und Armmusculatur. Meist bilateral. Hysterische Stigmata fand Vortr. nicht.

Discussion: Herr Remak und Herr Mendel bestreiten die Richtigkeit der Diagnose und betrachten die vorliegende Affection für Hysterie.

Herr Görrikes demonstrirt ein sehr grosses Papillom, welches einem 1½jährigen Kinde mittelst Laryngotomie entfernt werden musste, da Erstickungsgefahr bestand.

Herr Löwenmeyer stellt eine 70jährige Frau mit angeborenem partiellem Riesenwuchs des einen Beines vor.

1) Herr **Virchow: Veränderungen des Skeletts durch Akromegalie.**

Demonstration von Präparaten.

2) Discussion über den Vortrag des Herrn **Weyl: Ueber die Rieselfelder.**

Herr Zadeck bestreitet die Ansicht des Vortr., dass die Rieselfelder die beste Anlage zur Beseitigung des Städteabfalles seien und hält die Verbreitung von Infectionskrankheiten durch die Abwässer der Rieselfelder durchaus nicht für ausgeschlossen.

Herr Schäfer glaubt sich diesen Anschauungen anschliessen zu müssen.

Herr Virchow bestreitet die Triftigkeit der von beiden Vorrednern angeführten Gründe; dieselben betrachteten immer Möglichkeiten als vollerwiesene Thatsachen und schliesslich sei eben die Rieselwirthschaft eine menschliche und darum eine gewiss nicht vollendete Einrichtung. An ihrer Verbesserung werde von Seiten der Berliner Stadtverwaltung ständig gearbeitet; wenn die Aerzte in der Nähe der Rieselfelder dabei mitarbeiten wollten, seien sie willkommen.

Fortsetzung der Discussion vertagt. H. K.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. December 1895.

1) Herr **Oestreich** demonstrirt das Herz eines 32jährigen, bis dahin völlig gesunden Mannes, der in der Hochzeitsnacht plötzlich gestorben ist. Die Obduction ergab ein kleines atheromatöses Geschwür in dem Anfangstheil der Aorta mit Verschluss beider Kranzarterien des Herzens. In die rechte war ein dem Geschwür aufsitzender Thrombus hineingedrückt worden, während ein von diesem Thrombus losgelöster Embolus die linke Coronaria verstopft hatte.

In der Discussion erwähnte Herr Leyden, dass er 4 Fälle von Mors intra coitum zu beobachten Gelegenheit gehabt habe.

2) Discussion zum Vortrage des Herrn **Leyden: Ueber die Affectionen des Herzens bei Tuberculose.**

Herr A. Fränkel bestätigt die Angabe Leyden's, dass sich bei allen Klappenfehlern Lungentuberculose finden kann, doch muss man zugestehen, dass das Zusammentreffen beider Affectionen im Ganzen doch selten sei. Vielleicht mag hier der „Diathese", die man in Frankreich viel mehr würdige, als bei uns, doch eine grössere Rolle zukommen und ein gewisses Ausschliessungsverhältniss zwischen der rheumatischen und tuberculösen Diathese bestehen.

Bezüglich der Angabe Leyden's, dass sich in den vorerwähnten Fällen innerhalb der fibrinösen Klappenauflagerungen Tuberkelbacillen fanden, möchte er doch die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, dass diese Bacillen aus dem Blute durch Gerinnung mit herausgerissen worden seien, wie dies Heller zuerst erwähnt, nur dass ihnen hier also bloss eine secundäre Bedeutung beiwohne. So fand er selbst einmal innerhalb der fibrinösen Auflagerungen eines atheromatösen Geschwüres in der Aorta zahlreiche Tuberkelbacillen, ohne dass jedoch von einer tuberculösen Veränderung der Aorta die Rede hätte sein können.

Was endlich die von Herrn Leyden gestreifte Frage anlangt, ob eine genuine fibrinöse Pneumonie durch nachträgliche Einwanderung von Tuberkelbacillen in Verkäsung übergehen könne, so hält er diese Möglichkeit zwar nicht für ausgeschlossen, das Vorkommen eines solchen Ereignisses aber bislang noch nie für bewiesen. In 19 von ihm untersuchten, gemeinschaftlich mit Troje publicirten Fällen handelte es sich stets um eine primäre Infection mit Tuberkelbacillen, welche eben im Stande sind, auch acut entzündliche Processe (im gegebenen Falle käsige Pneumonie) zu erzeugen.

Herr Leyden ist im Ganzen der Ansicht Fränkel's, glaubt jedoch an der Ansicht über die fibrinöse, in Verkäsung nachträglich ausgehende Pneumonie festhalten zu müssen, namentlich mit Rücksicht auf die erwähnten Befunde an den Herzklappen.

3) Herr **Bial a. G.: Ueber den Mechanismus der Magengährungen.**

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet. H. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 3. December 1895.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. **Demonstrationen.** Herr Arning demonstrirt einen 49jährigen Mann, der mit Hypospadie und angeborener Kloakenbildung (Atresia ani urethralis) behaftet ist.

A. fand die Missbildung ganz zufällig, da Patient ihn wegen Strictur-Beschwerden consultirte. Es bestand daneben chronische Cystitis und Pat. gab an, hin und wieder Koth aus der Harnröhre und Urin am Ende der Defaecation aus dem After zu verlieren. Die Cystitis wurde durch Blasenausspülungen bald geheilt, indem A. vor jeder Blasenirrigation auch das Rectum auswusch. (Demonstration der Mastdarm-Harnröhrenfistel. Ein After ist jetzt, wohl durch Operation in der Kindheit, natürlich vorhanden.)

2) Herr Rumpf demonstrirt Aleuronatbrod, das bei einem hiesigen Bäcker jetzt täglich zu haben ist. Das für Diabetiker bestimmte Gebäck enthält in 4 Theilen 1 Theil Aleuronatmehl und 3 Theile gewöhnliches Mehl, also immerhin noch einen ziemlichen Procentsatz von Kohlehydraten.

II. Herr **Kümmell: Ueber Perityphlitis.** (Mit Demonstrationen.)

Vortr. bespricht seine Erfahrungen bei der operativen Behandlung der Perityphlitis, im Ganzen jetzt 53 Fälle. Die durch die Operation gewonnenen Präparate, die vom Vortr. theils in Spiritus demonstrirt, theils in photographischen Nachbildungen durch das Skioptikon vergrössert vorgeführt werden, haben ihn Folgendes gelehrt: Die Erkrankung geht fast ausnahmslos vom Wurmfortsatz aus. Allen gemeinsam ist ein Stadium der chronischen Entzündung, die zuerst als Katarrh im Dickdarm, dann Coecum, zuletzt Wurmfortsatz auftritt. In letzterem führt der Katarrh zu Stauungen, es kommt zur Schwellung der Gerlach'schen Klappe u. s. f. Ein normaler Wurmfortsatz enthält niemals Koth. Grösse und Länge desselben sind nicht maassgebend für die Schwere der Erkrankung, die auch ohne Perforation sehr gross sein kann. Vortr. findet daher auch die Eintheilung in „Appendicitis simplex“ und „perforativa“ (Sonnenburg) vom klinischen Standpunkt aus nicht praktisch. Er konnte äusserst foudroyante Fälle beobachten und operiren, wo eine Perforation nicht vorhanden war.

Von seinen 53 Fällen ist nur 1 im Anschluss an die Operation gestorben.

Das Exsudat war fast immer eitrig, nur einige Male serös. Neben der gewöhnlichen Form mit acuten Anfällen gibt es eine dauernd chronisch verlaufende, mehr schleichend auftretende Entzündung des Proc. vermiformis. Die Diagnose wird hier nur klar, wenn man an der typischen Stelle den verdickten, walzenförmigen Wurmfortsatz palpiren kann. Sonst ist die Diagnose meist leicht aus den allbekannten Symptomen zu stellen. In acuten Fällen mit Kothbrechen und Meteorismus kann man zweifelhaft sein, ob es sich nicht um Ileus handle. Hier macht die Differentialdiagnose oft grosse Schwierigkeiten. Charakteristisch für Perityphlitis erschien dem Vortr. die Darmlähmung, während bei Ileus gewöhnlich noch sehr verstärkte Peristaltik vorhanden ist. Auch Verwechslungen mit Salpingitis, Wanderniere und Gallenblasen-Affectionen können vorkommen; hier entscheidet für Perityphlitis der typische walzenförmige Wulst.

In Bezug auf die Therapie erwähnt Vortr., dass er neuerdings kein Anhänger der Frühoperationen mehr sei. Man kann klinisch ganz gut 3 Gruppen unterscheiden: leichte, mittelschwere und schwere Fälle. Die leichten Fälle können mit interner Medication (Eis, Opium etc.) allein behandelt werden. Die besonders von Amerika aus empfohlenen Abführmittel möchte Vortr. jedoch widerrathen. Bei mittelschweren Fällen ist die Operation indicirt, wenn nach einigen Tagen die Symptome nicht nachlassen und wenn die Anfälle nach nur kurzen Remissionen häufig wiederkehren. Schwerste Fälle sind immer zu operiren, wenn der Allgemeinzustand des Kranken überhaupt noch Aussicht auf Genesung bietet. Hier entscheidet meist die individuelle Erfahrung des Arztes. Die beste Prognose gibt die Operation in allen den Fällen, wo sie im intermediären, anfallsfreien Stadium gemacht wird. Sie gilt dann nicht als gefährlicher als eine Ovariotomie.

III. Herr **Gustav Cohen: Bemerkungen über Perityphlitis.**

Vortr. ist kein Anhänger der operativen Behandlung bei Perityphlitis. Nach seiner Ansicht ist die Prognose in der Privatpraxis ganz anders als in der Spitalpraxis. In ersterer kommen die Kranken schon viel früher dem behandelnden Arzt zu Gesicht, spätestens nach 5—6 Stunden. Besonders nachtheilig wirkt auch die Wagenfahrt auf solche Kranke, die in das Spital kommen. Daher mag sich die ungünstige Prognose der Erkrankung in den Augen der Chirurgen erklären, die Sonnenburg später zu dem Ausspruch veranlasste, jede Perityphlitis zu incidiren. Neuerdings ist er allerdings selbst von diesem weitgehenden Vorschlag wieder zurückgekommen. Vortragendem ist der Streit der Internen und Chirurgen über die Behandlung der Perityphlitis eigentlich unverständlich. Er erkennt die Berechtigung der Operation im anfallsfreien Stadium besonders bei der arbeitenden Classe an. Aber seine Erfahrungen haben ihn gelehrt, dass man auch ohne die Operation auskommen kann. Die bisherigen Statistiken betreffen fast nur Fälle aus Spitälern, aber auch diese sprechen nicht gerade zu Gunsten der Operation. Sahli fand eine Gesammtmortalität von 9,6 Proc., Curschmann bei nur intern Behandelten 4,5 Proc., Aufrecht bei gemischter Behandlung 5 Proc., Murphy, der jede Perityphlitis operirt, 9,6 Proc. Vortr. hat seit 15 Jahren 65 Kranke mit 110 Anfällen beobachtet, von denen 1 gestorben ist, 1 im anfallsfreien Stadium operirt wurde. Der Todesfall war wahrscheinlich septisch geworden; es bestanden Fröste, Fieber, Erbrechen und Ikterus; Exitus am 5. Tage. Die Section ergab eitriges Exsudat im Wurmfortsatz und um das Coecum, keine allgemeine Peritonitis. Alle übrigen sind bis auf den genannten nicht operirt und geheilt worden. Vortr. berichtet über mehrere recht schwere und vielfach complicirte Fälle.

Vortr. fand, dass Recidive nach den schweren Anfällen seltener auftreten, als nach leichten. Der perityphlitische Tumor besteht nach seiner Meinung aus paretischen und mit einander verklebten Darmschlingen. Das bei der Palpation so oft gefühlte Gurren ist ein Zeichen beginnender Darmparese. In solchen Fällen gibt C. statt Opium kleine Dosen Bitterwasser. Vortr. beobachtete häufig, dass beim Eindrücken nicht über Schmerzen geklagt wurde, die jedoch sofort auftraten, wenn man mit dem Druck nachliess. In fieberfreien Fällen mit häufigen Recidiven, wo die Kranken Schmerzen haben und der Tumor sofort zu Beginn des Anfalls erscheint, hat C. eine leichte Massage mit grossem Erfolge angewandt. Bei kreisförmigen Reibungen verkleinert sich der Tumor unter den

Händen und ist oft nach 15 Minuten langer Massage ganz verschwunden; am nächsten Tage ist der Tumor wieder da, aber kleiner als am vorhergehenden Tage und wird wieder fortmassirt. Nach 14 Tagen pflegt dauernde Heilung eingetreten zu sein.

Discussion wird vertagt. Jaffé.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 7. December 1895.

Prostatahypertrophie. — Abnahme der Mediciner. — Wiener medicinische Facultät. — Abfuhr der Unrathwässer. — Die Mortalität in Oesterreich während des Jahres 1894.

Im medicinischen Doctorencollegium sprach Dr. F. Kornfeld über die radicalen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie. Er erörterte zunächst die üblichen hygienisch-diätetischen Maassnahmen gegen das Leiden, namentlich nach der Richtung, welche das Ziel verfolgt, die Congestionszustände in den Beckenorganen, welche die schweren Folgezustände, Cystitis, Pyelonephritis und complete Harnverhaltung zur Folge haben, thunlichst fernzuhalten oder hinauszuschieben. Die medicamentöse Therapie tritt gegen diese das Allgemeinregime betreffenden Vorschriften nahezu gänzlich in den Hintergrund. — Was den Gebrauch des Catheters event. von den Patienten selbst anlangt, so muss man unbedingt vermeiden, in den ersten Stadien des Leidens unnöthiger Weise zu demselben verleitet zu werden. Bezüglich der Häufigkeit des Catheterismus, der Gefahren completer Entleerung der distendirten Blase, und der schwierigen Complication acuter, completer Harnretention gelten die allgemein gehandhabten Regeln.

Was die Häufigkeit der Prostatahypertrophie und deren schwerer Folgeübel anlangt, liess sich durch Guyon, Demos und Bertillot feststellen, dass in Paris die Mortalität an diesen Zuständen 18 Proc. beträgt.

Die schwerwiegenden Gefahren, denen alte Leute mit hypertrophischen Prostaten beständig ausgesetzt sind, müssten darauf führen, radicalere Heilmethoden als den evacuatorischen Catheterismus zu ersinnen. Schwere Zwischenfälle erfordern ohnedies oft genug ein entschiedenes Eingreifen. Die aspiratorische Punction vom Perineum oder über der Symphyse, die Etablirung einer Blasen-Bauchdeckenfistel (Poncet) sind die einfachen Methoden dieser Art. Dazu kommen die Tunellirung der Prostata, die Prostataectomia suprapubica und lateralis (Dittel). Von weniger eingreifenden Verfahren wären zu erwähnen die parenchymatösen Injectionen von Jod (Heine) die Excisionen und Discissionen von der Urethra her die Galvanisation und Cauterisation (Bottini, Neumann.)

Durch die Thierexperimente Lannois', Guyon's, Parone's u. A. wurde nun in den letzten Jahren der Versuch gemacht, die Prostatahypertrophie durch Ausschaltung der Geschlechtsdrüse zu heilen. Der organische, d. h. nutritive Zusammenhang zwischen Vorsteherdrüse und Hoden war nämlich durch diese Thierversuche und durch Beobachtungen an Eunuchen klargelegt worden, und der Schluss lag nahe, es werde auch die hypertrophische Drüse nach Castration zur Schrumpfung gelangen. Diesen Effect erzielte man dann weiter, nach den zahlreichen Berichten der Autoren bloss durch Resection oder Ligatur der Vasa deferentia oder des Samenstranges en masse. Die grosse Mehrzahl der Beobachtungen liefert auch ausgezeichnete Heilberichte; freilich stammen dieselben bis auf wenige aus England und Amerika. Es sollen rasch alle Beschwerden, namentlich der schwierige Catheterismus und dessen gefahrbringende Folgen geschwunden sein und die Drüse erheblich an Volumen abgenommen haben. Die neuen Mittheilungen Guyon's auf dem letzten französischen Chirurgencongress dagegen sprechen bloss von einem rein symptomatischen Werth der Methode. Allein auch dieser muss als ein höchst erfreulicher Erfolg begrüsst werden. Gewiss ist, dass, wie wir es selbst erleben, alte Herren trotz ihrer qualvollen Beschwerden nicht leicht zu bestimmen sein werden, ihre Hoden zu opfern. Dann wird es wohl nicht anders gehen, als die Unterbindung des Samenstranges in Anwendung zu bringen, falls man die neueren Methoden gelten lassen will.

Allein das eine dürfte wohl festzuhalten sein, dass man nur dann an eine wirkungsvolle organische Abhängigkeit von Prostata und Hoden glauben kann, wenn die letzteren in ihrer functionellen Rolle noch thätig sind. Ist dieselbe erloschen, dann dürfte auch kaum ein Erfolg durch die Castration erwartet werden. Immerhin ermuntern die auf 111 Fälle Bezug habenden Berichte der Literatur dazu, die angeführten Methoden der Castration, Ligatur und Resection des Samenstranges en masse oder des Vas deferens allein an geeigneten Fällen, d. h. solchen, deren heftige Beschwerden durch alle bisher gangbaren Methoden nicht zu mildern waren, in Vorschlag zu bringen. Dann dürften auch Berichte zuverlässiger Autoren ein sicheres Urtheil hierüber zulassen.

In der Discussion wies Prof. Englisch bei der palliativen Behandlung der Prostata-Hypertrophie auf die Wichtigkeit der Punctio vesicae mit einem dicken Troikart hin, eine Operation, welche erforderlichen Falles von jedem Arzte ausgeführt werden könne. Sodann plaidirte er für die Discission des Samenstranges, da er sich selbst davon überzeugt habe, dass selbst nach der Castration beider Hoden der Impetus und die Potestas coëundi erhalten bleibe.

Wie der Unterrichtsminister Freiherr v. Gautsch jüngst im Budgetausschusse mittheilte, weist die Frequenz an den medicinischen Facultäten Oesterreichs im laufenden Semester einen ziemlich intensiven Rückgang auf, indem bis October sich 296 Hörer weniger inscribirt haben. Freilich ist inzwischen die Lemberger medicinische Facultät activirt worden und der Zuwachs an Medicinern in Lemberg komme hiebei nicht in Betracht.

Bei diesem Anlasse wurde abermals auf die desolaten räumlichen Verhältnisse an der Wiener medicinischen Facultät hingewiesen und der Neubau mehrerer Kliniken urgirt. Der Minister gab die beruhigende Erklärung, dass er diese Angelegenheit rasch in Fluss bringen und schon demnächst einen Gesetzentwurf bezüglich des Neubaues eines physiologischen Instituts in Wien mit einem Kostenaufwande von 900000 fl. dem Abgeordnetenhause unterbreiten werde. An Versprechungen seitens der Regierung hat es seit Jahren nicht gefehlt, es wäre wohl an der Zeit, dass hier in eingreifender Weise abgeholfen werde.

Längs der beiden Donau-Canalufer werden jetzt zwei riesige Sammelcanäle gebaut, in welchen Unrathwasser bis unterhalb der Stadt in die Donau geführt wird, um zu verhindern, dass es — wie bisher — den Donaucanal verunreinigt. Wien liegt bekanntlich nicht an der Donau, sondern am Donaucanale und letzterer soll jetzt überdies in einen Handels- und Winterhafen umgewandelt werden. Der oberste Sanitätsrath berieth nun jüngst diese für die Bewohner Wiens so wichtige Angelegenheit und wies auf die sanitären Gefahren hin, welche sich neuerdings einstellen würden, wenn z. B. bei plötzlichen Regengüssen die Nothauslässe der Sammelcanäle geöffnet und die Unrathwässer abermals in Massen in den Donaucanal sich ergiessen würden; sodann wäre es bedenklich, wenn nahe der Stadt eine so massenhafte Unrathansammlung der Donau zugeführt werden würde. Nach dieser Richtung hin wurde die weitere Erbauung von Abfangcanälen zur Entlastung der nicht unter allen Umständen und überall hinreichend geräumigen Sammelcanäle, die mechanische Reinigung der Abfallwässer vor dem Ablassen des Canalwassers in die Donau, endlich das Project der Berieselung des Marchfeldes mit diesen Canalwässern seitens des Obersten Sanitätsrathes dringendst zur Durchführung empfohlen. Wird diesen berechtigten Wünschen vollkommen Rechnung getragen, dann ist zu erwarten, dass Wien mit seinen zahlreichen, herrlichen Neubauten, seinen breiten Strassen und seinem tadellosen Trinkwasser auch eine sehr gesunde Stadt werde.

Das Sanitätsdepartement des k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht eben einen Bericht über die Mortalität in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern (Cisleithanien) während des Jahres 1894. Es zeigte sich, dass die Sterblich-

keit gegen das Vorjahr erheblich gestiegen ist und die Zahl der Verstorbenen (715 188) übertraf auch jene in der überwiegenden Mehrzahl der vorausgegangenen 20 Jahre (1873 bis 1892). In Galizien und in der Bukowina hat die Sterblichkeit sehr stark zugenommen und wird als Ursache angeführt, dass in diesen Ländern vor Allem die asiatische Cholera viele Opfer forderte, sodann dass daselbst im Berichtjahre sehr stark die Masern grassirten. Bei ersterer Krankheit betrug die Zunahme gegenüber dem Vorjahre 7950 Fälle (d. i. 864 Proc.), bei den Masern 6732 Fälle (d. i. 90 Proc.!). An Blattern und Typhus sind weniger Menschen gestorben, dagegen wieder mehr an Croup und Diphtheritis. Von 2506 Todesfällen an Blattern entfielen 2045 auf Galizien und da heisst es noch im Berichte, dass sich übrigens die Zahl der Sterbefälle an Blattern auch in diesem Lande „bedeutend vermindert" habe. In Salzburg, Kärnten, Vorarlberg und in der Bukowina ist kein einziger Todesfall an Blattern verzeichnet. Mehr als 88000 Menschen sind an Lungenschwindsucht gestorben, darunter mehr als 26000 in Galizien und in der Bukowina. Die Mortalitätsziffer für das ganze Reichsgebiet ist bezüglich der Tuberculose in den letzten Jahren um ein Geringes gesunken. Die krebsigen Entartungen führten wieder eine grössere Zahl von Todesfällen herbei und ist diese seit dem Jahre 1873 (6900) nach und nach auf mehr als das Doppelte (14900) gestiegen. (Zum Theile wohl auch desshalb, weil diese Leiden jetzt besser und öfter diagnosticirt werden. Der Berichterstatter.)

Verschiedenes.

(Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) Der heutigen Nummer liegt das 53. Blatt der Galerie bei: Rudolf Leuckart. Zur Feier seines 50jährigen Doctorjubiläums

(Ueber die Art, wie die Chinesen während der Schwangerschaft das Geschlecht der Frucht bestimmen), macht Dr. J. J. Matignon, französischer Militärarzt und Attaché der französischen Gesandtschaft in China interessante Mittheilungen. Zuvörderst soll ein kugeliger, besonders grosser Leib, der sich stark vorwölbt und beim Gehen Beschwerden macht, für ein Mädchen, dagegen ein mehr in die Höhe ragender Uterus für einen Knaben sprechen. Frische Hautfarbe ohne oder mit geringen Pigmentirungen, besonders des Warzenhofes, wenig veränderte Gesichtszüge etc. sprechen für ein Mädchen, das entgegengesetzte Verhalten für einen Knaben; ebenso sprechen stossende Kindesbewegungen (mit Beinchen und Aermchen) für ein Mädchen. Während einige dieser Anzeichen auch bei uns in einigen Bevölkerungskreisen als werthvoll gelten, erfordert das folgende schon subtilere Beobachtung: wenn nach dem 7. Monate die rechte Hand des Kindes sich in der linken Bauchseite der Mutter bewegt — dass die Mutter die rechte und linke Hand und die Hände von den Füssen unterscheiden kann, wagt Matignon zu bezweifeln —, so ist die Frucht männlich. Endlich theilt Matignon zwei Rechenexempel mit, welche auf das Geschlecht der Frucht schliessen lassen und welche der Mathematik der Chinesen alle Ehre machen. Die erste Berechnungsart stützt sich auf die zweite Zahlstelle des Alters der Mutter und auf den wahrscheinlichen Monat der Conception; sind beide Zahlen gerade oder beide ungerade, so ist die Frucht ein Knabe; sind die Zahlen aber verschieden, so ist sie weiblich. Das höchste leistet aber die folgende, im Jahre 1593 von dem weisen Fschweng-Fa'wei publicirte Berechnungsart: Zur Zahl 49 — offenbar einer für besonders heilig gehaltenen Zahl — soll der Conceptionsmonat addirt und von der Summe das Alter der Mutter subtrahirt werden; ferner werden subtrahirt: die Zahlen 1 (für den Himmel), 2 (für die Erde), 3 (für den Menschen), 4 (für die Jahreszeiten), 5 (für die Elemente), 6 (für die musikalischen Accorde) und 7 (für die Planeten). Bleibt nun der Rest ungerade, so ist die Frucht männlich, im gegentheiligen Falle weiblich. Bleibt ein Rest, der grösser ist als 8, so wird noch die Zahl 8 für die Windrichtungen in Abzug gebracht und der nun bleibende Rest auf gleiche Art beurtheilt. Matignon fügt bei, dass sogar in China lebende Europäer an diese Rechnungsmethode fest glauben!
(Archives de Tocologie et de Gynécologie 1895, Juniheft.)

(Ulcus corneae bei Morb. Basedowii.) In der ophthalmologischen Gesellschaft in London macht Jessop Mittheilung von 3 sehr schweren Fällen von Ulcus corneae bei Morb. Basedowii. Die in einem Falle gemachte Tarsorraphie hatte nur vorübergehenden Erfolg. In einem Falle musste enucleirt werden. Die Kranke starb. Auch von anderer Seite wird der schwere Verlauf der Cornea-Affection beim Basedow bestätigt. F. L.

Therapeutische Notizen.

(Zur Schilddrüsen-Therapie) liefert Morin-Neuchâtel einen neuen Beitrag (Therap. Mon.-Hefte No. 11, 1895). M. hat, und auf seine Anregung viele andere Collegen, die Erfahrung gemacht, dass bei der Mehrzahl der Tuberculösen die Schilddrüse sehr klein oder vielmehr sehr atrophisch ist. Er möchte daher annehmen, dass die Atrophie der Schilddrüse die Disposition zur Tuberculose vermehrt. M. empfiehlt, dieses Verhältniss weiter zu prüfen und mit der Schilddrüsen-Therapie bei Tuberculose einen Versuch zu machen. M.'s persönliche Resultate sind ermuthigend, er ist aber vorsichtig genug, noch keinerlei bestimmtes Urtheil abzugeben. Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 10. December. Die Feier des 100jährigen Bestehens der preussischen militär-ärztlichen Bildungsanstalten hat am 2. ds. in der Aula der Berliner Universität stattgefunden. Generalstabsarzt Dr. v. Coler hielt die Festrede, ihr folgten Beglückwünschungen seitens des Cultusministers Dr. Bosse, des Rectors der Universität, Prof. Adolf Wagner und des Decans der medicinischen Facultät Prof. Rubner. Zum Schlusse verlas der Kriegsminister Bronsart v. Schellendorf eine k. Cabinetsordre, durch welche bestimmt wird, dass das Friedrich-Wilhelms-Institut und die medicinisch-chirurgische Akademie für das Militär, aus denen zusammen die militär-ärztlichen Bildungsanstalten bestehen, in Zukunft unter dem Namen „Medicinisch-chirurgische Kaiser Wilhelms-Akademie" zu einer Anstalt vereinigt werden sollen. Sodann verkündigte der Kriegsminister Ordensverleihungen an die Professoren Rubner und Fischer, den Oberstabsarzt Dr. Sperling, die Stabsärzte Geisler, Grawitz, Schumburg, Schickert und den Anatomieinspector Gellzuhn. Die Rede des Kriegsministers schloss mit einem Hoch auf den Kaiser. Ein Gesang des Domchors beendigte die Feier.

— Die Aerztekammer Berlin-Brandenburg beschäftigte sich in ihrer letzten Sitzung u. a. auch mit der Frage der Reform des Irrenwesens. Mendel als Referent constatirte, dass bisher noch kein Fall von Festhaltung eines geistig Gesunden in einer von Aerzten geleiteten Anstalt vorgekommen sei. Nichtsdestoweniger wünschten gerade die Aerzte die schärfste Staatscontrole. Die Kammer beschloss, die Thesen des Vereins deutscher Irrenärzte zu den ihrigen zu machen.

— Unter dem Ehrenvorsitze des Reichskanzlers Fürsten Hohenlohe hat sich ein Central-Comité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke in Deutschland gebildet. Im Anschluss an das Central-Comité sollen überall im Reiche Provincial- und Orts-Comité's geschaffen werden. Das Reichs-Comité will nicht selbst Heilstätten errichten, es will vielmehr nur die Begründung solcher Heilstätten fördern, einmal durch sein Ansehen, sodann aber dadurch, dass es die durch Sammlungen aufgebrachten Gelder den Sondervereinen zur Errichtung von Heilstätten hergibt; ausserdem will das Central-Comité Schaffung oder Unterstützung solcher Heilstätten durch die Krankencassen, die Alters- und die Invaliditäts-Versicherungsanstalten und die Ortsarmenverbände in die Wege leiten.

— Die Berliner medicinische Facultät hat dem vom Minister gegen Prof. Krause angeordneten Disciplinarverfahren Folge gegeben und beschlossen, die von Prof. Krause dem Minister ertheilte Antwort durch einen Verweis zu rügen. Prof. Krause hat in einem Schreiben an die Facultät gegen den Verweis Protest erhoben und seinen Austritt aus dem Lehrkörper angezeigt.

— Am 22. November haben in der 2. Kammer des sächsischen Landtages die Verhandlungen über den Entwurf eines Gesetzes über die ärztlichen Bezirksvereine begonnen. Dieser Entwurf, der den in den Bezirksvereinen zum Ausdruck gekommenen Wünschen Rechnung trägt, gipfelt bekanntlich in der Uebertragung einer weitgehenden Disciplinargewalt an die Bezirksvereine, zu denen der Beitritt für alle Praxis ausübenden Aerzte obligatorisch gemacht wird. Die Kammer hat den Entwurf zunächst an die Gesetzgebungsdeputation verwiesen.

— Von deutschen Städten über 40000 Einwohner hatten in der 47. Jahreswoche, vom 17.—23. November 1895 die grösste Sterblichkeit Rixdorf mit 30,6, die geringste Sterblichkeit Potsdam mit 7,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Metz; an Diphtherie und Croup in Brandenburg, Bromberg, Frankfurt a/O., M. Gladbach, Liegnitz, Mannheim, Zwickau.

— In Portsmouth (England) sollte einem Cassenarzte, welcher die Stellung seit 20 Jahren inne hatte, gekündigt werden, weil er sich weigerte, die Behandlung von Kindern von 3 Monaten bis 15 Jahren für $2^1/_2$ Shilling pro Kopf und Jahr (er verlangte 4 Shilling) mit zu übernehmen. Trotz der von 4 „Outsiders" gemachten Unterbietungen bis zu $1^1/_2$ Shilling gelang es, durch das Zusammenwirken der gesammten Aerzteschaft der Stadt seine Wiederwahl mit grosser Majorität durchzusetzen. F. L.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Prof. Ehrlich hat vom vorgesetzten Minister den Lehrauftrag erhalten, die specielle Pathologie und Therapie in Vorlesungen und Uebungen zu vertreten. Für die Zwecke seiner wissenschaftlichen und lehramtlichen Arbeiten und Uebungen sind demselben entsprechende Räumlichkeiten in der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zugewiesen. — Prof. König hat am 3. December seine Vorlesungen in der Charité eröffnet. — **Breslau.** Prof. Neisser wurde zum Geheimen Medicinal-Rath ernannt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. H. Scharff aus Rothenburg a/T., appr. 1894, in Wunsiedel; Dr. Paul Stawiz aus Warluwin in Westpreussen, appr. 1891, zu Eltmann; Dr. Benno Tichaner aus Sczyglowitz, Regierungsbezirk Oppeln, appr. 1895, zu Schweinfurt; Dr. Hermann Liebstädter zu Abtswind, Bezirksamts Gerolzhofen; Dr. Wilhelm Hadelich zu Herschweiler-Pettersheim; Dr. Blum zu Niederkirchen (Otterberg).

Verzogen. Dr. H. Weiss von Wunsiedel nach Bieber bei Offenbach a/M.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 48. Jahreswoche vom 24. bis 30. November 1895.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 11 (22*), Diphtherie, Croup 45 (43), Erysipelas 12 (15), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber 5 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 362 (269), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 3 (11), Parotitis epidemica 14 (21), Pneumonia crouposa 19 (16), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 27 (40), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 45 (32), Tussis convulsiva 15 (9), Typhus abdominalis 4 (1), Varicellen 42 (43), Variolois — (—). Summa 604 (524). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 48. Jahreswoche vom 24. bis 30. November 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern 7 (4*), Scharlach 2 (—), Diphtheritis und Croup 4 (5), Rothlauf 1 (1), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) — (2), Brechdurchfall 1 (4), Unterleibtyphus — (—), Keuchhusten 1 (1), Croupöse Lungenentzündung 3 (2), Tuberculose a) der Lungen 16 (23), b) der übrigen Organe 5 (4), Acuter Gelenkrheumatismus 3 (1), Andere übertragbare Krankheiten 5 (2), Unglücksfälle 1 (1), Selbstmord — (—), Tod durch fremde Hand — (—), Sonstige Todesursachen 1 (5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 181 (175), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 23,8 (23,0), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14,8 (13,6), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 11,5 (12,4).

Generalrapport über die Kranken der kgl. bayer. Armee

für den Monat October 1895.

1) Bestand am 30. September 1895 bei einer Kopfstärke des Heeres von 55286 Mann, 208 Kadetten, 22 Invaliden, 150 U.-V.[1]): 869 Mann, 1 Kadett, 4 Invaliden, — U.-V.

2) Zugang: im Lazareth 1285 Mann, 4 Kadetten, — Invalide, 6 U.-V.; im Revier 2679 Mann, 11 Kadetten, 1 Invalide, 2 U.-V. Summa 3964 Mann, 15 Kadetten, 1 Invalide, 8 U.-V. Mithin Summa des Bestandes und Zuganges 4833 Mann, 16 Kadetten, 5 Invaliden, 8 U.-V.; vom Tausend der Iststärke 87,42 Mann, 76,92 Kadetten, 227,27 Invaliden, 53,33 U.-V.

3) Abgang: geheilt 2858 Mann, 14 Kadetten, — Invalide, 3 U.-V.; gestorben 10 Mann, — Kadett, 1 Invalide, — U.-V.; invalide 86 Mann; dienstunbrauchbar 85 Mann, — U.-V.; anderweitig 111 Mann, — Kadetten, — Invalide, — U.-V.; Summa: 3150 Mann, 14 Kadetten, 1 Invalide, 3 U.-V.

4) Hiernach sind geheilt 591,10 von 1000 der Kranken der Armee, 875,0 der erkrankten Kadetten, 0,00 der erkrankten Invaliden und 375,0 der erkrankten U.-V.; gestorben 2,07 von 1000 der Kranken der Armee, 0,00 Kadetten, 1000,0 Invaliden, 0,00 U.-V.

5) Mithin Bestand am 31. October 1895: 1683 Mann, 2 Kadetten, 4 Invaliden, 5 U.-V.; vom 1000 der Iststärke 30,44 Mann, 9,61 Kadetten, 182,82 Invaliden, 30,30 U.-V. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 931 Mann, 1 Kadett, 2 Invaliden, 4 U.-V.; im Revier 752 Mann, 1 Kadett, 2 Invaliden, 1 U.-V.

Von den in militärärztlicher Behandlung Gestorbenen haben gelitten an: Unterleibstyphus 1, deformirendem chronischem Gelenkrheumatismus 1, Magencarcinom 1, Lungenschwindsucht 2, Endocarditis 1, Lebercirrhose 1, septischer Bauchfellentzündung 1, Schrumpfniere 1, Blasenkrebs 1, Folgen einer durchdringenden Brustwunde 1.

Ferner verlor die Armee durch Selbstmord (Carbolsäurevergiftung) noch 1 Mann, so dass sich der Gesammtabgang durch Tod in diesem Monat auf 12 Mann beläuft.

[1]) U.-V. = Abkürzung für Unterofficiers-Vorschüler.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: September[1]) und October 1895.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica	
	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.
Oberbayern	969	577	251	418	101	139	36	51	15	16	1	1	146	838	29	44	15	27
Niederbay.	196	114	37	77	30	41	11	12	2	6	—	—	1	5	—	2	1	3
Pfalz	491	245	131	193	30	33	7	4	6	3	3	2	49	163	1	4	—	4
Oberpfalz	217	102	32	42	28	38	12	8	3	5	—	—	3	1	5	5	4	5
Oberfrank.	213	124	134	139	40	46	4	15	3	9	1	1	92	246	3	—	1	2
Mittelfrk.	704	304	208	269	47	80	13	10	6	6	1	1	35	85	3	3	12	8
Unterfrank.	346	102	58	131	27	27	—	1	5	2	—	1	20	82	—	—	1	4
Schwaben	521	213	181	143	57	44	16	15	8	13	4	1	3	12	6	5	1	13
Summe	3657	1781	1032	1412	360	448	99	116	48	60	10	7	349	1432	47	63	35	66
Augsburg	74	29	13	21	11	9	3	2	—	4	2	—	—	3	1	4	1	5
Bamberg	17	5	2	6	—	7	2	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	22	4	2	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kaiserslaut.	19	12	18	23	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ludwigshaf.	42	15	1	10	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
München [3])	357	228	151	255	37	76	4	6	7	10	1	—	140	817	20	34	7	17
Nürnberg	265	98	64	90	16	40	7	2	—	2	—	1	—	1	—	—	3	3
Regensbg.	77	31	8	10	6	18	3	2	—	1	—	—	—	—	2	3	—	1
Würzburg	65	35	17	22	5	12	—	1	—	—	—	—	1	5	—	—	1	4

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.	S.	O.		Oct.
Oberbayern	127	248	10	6	154	201	11	6	83	162	257	198	21	21	44	156	—	1	728	510
Niederbay.	53	92	2	—	34	55	3	2	2	9	60	32	11	9	4	2	1	—	178	81
Pfalz	77	114	2	—	24	47	1	1	34	74	48	34	93	89	7	7	—	—	251	113
Oberpfalz	81	121	2	2	36	55	2	1	12	15	57	32	12	19	12	25	—	—	137	90
Oberfrank.	112	135	1	1	25	42	4	—	42	59	63	50	18	12	1	24	—	—	174	110
Mittelfrk.	180	258	4	4	74	94	—	12	86	128	92	101	20	17	17	81	—	—	298	211
Unterfrank.	86	103	3	3	11	29	1	—	6	13	11	12	23	16	3	10	—	—	284	138
Schwaben	77	162	3	2	66	81	—	—	25	49	119	118	32	18	4	15	—	—	263	193
Summe	793	1233	27	18	424	604	22	22	290	509	707	577	230	201	92	320	1	1	2313	1446 [2])
Augsburg	6	21	—	—	12	18	—	—	5	25	48	44	1	1	—	2	—	—	60	53
Bamberg	5	6	—	—	2	3	2	—	—	3	3	—	—	2	—	5	—	—	34	14
Fürth	8	9	—	—	6	2	—	—	4	3	—	2	2	—	—	—	—	—	26	9
Kaiserslaut.	—	8	—	—	1	4	1	—	—	1	—	3	1	1	—	—	—	—	16	7
Ludwigshaf.	5	9	—	—	5	7	—	—	2	8	2	1	—	11	—	1	—	—	14	8
München [3])	30	85	1	3	70	104	—	—	69	137	43	71	10	18	22	84	—	1	435	400
Nürnberg	37	59	1	—	25	42	—	—	58	81	43	46	2	4	10	66	—	—	105	102
Regensbg.	7	19	—	—	3	19	—	—	5	7	5	4	2	7	3	15	—	—	34	34
Würzburg	20	21	—	—	4	5	—	—	4	6	—	2	—	10	—	6	—	—	79	30

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,103,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,954. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489. Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. Ludwigshafen 33,216. München 349,024. Nürnberg 142,590. Regensburg 37,934. Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 44) eingelaufener Nachträge. [2]) Im Monat September einschliesslich der Nachträge 1451. [3]) 36.–39. bezw. 40.–44. Jahreswoche. — Einsendungen fehlen aus den Aemtern Rosenheim, Dingolfing, Griesbach, Kötzting, Landshut, Neunburg v/W., Roding, Fürth, Neustadt a/A, Brückenau, Mellrichstadt, Obernburg, Sonthofen.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten: Brechdurchfall: 18 Fälle, meist bösartiger Natur (3 Kinder gestorben) im ärztl. Bezirk Unterammergau (Garmisch), auch im A.-G. Garmisch 16 Durchfälle mit Erbrechen bei Kindern; Bez.-A. Weilheim 36 (hievon 20 im ärztlichen Bezirk Unterpeissenberg. — Diphtherie, Croup: Heftige Epidemie in Wettringen (Rothenburg a/T.), Bez.-Aemter Nürnberg 43, Wunsiedel 35, Schweinfurt 34 Fälle. — Intermittens, Neuralgia interm.: Aerztl. Bezirke Penzberg (Weilheim) 16, Teisendorf (Laufen) 14 Fälle. — Morbilli: Herrschen noch in Rodalben (Pirmasens); häufiges Auftreten in der St. Münchberg, Fortsetzung der Epidemie in Hilpoltstein und Umgebung (73 Fälle). Bez.-Aemter Kulmbach 111, Rehau 99, Stadt Schweinfurt 66 Fälle angezeigt. — Parotitis epidemica: Epidemisches Auftreten in 3 Gemeinden des Bez.-A. Wegscheid, Schulsprengel Einsbach (Dachau) ca. 25 Fälle, in beiden Bezirken keinerlei ärztliche Hilfe beansprucht. — Ruhr, Dysenteria: Gde. Inning (München II) 4 Fälle. — Tussis convulsiva: Ausbreitung des Keuchhustens in Lauterecken (Kusel), ärztl. Bezirk Penzberg (Weilheim) ca. 50 Fälle. — Typhus abdominalis: Stadt Pirmasens 9, Gde. Lichtenberg (Naila) 8 Fälle, in letzterer Gde. die Epidemie im Erlöschen; Hersbruck Familienepidemie und Cronenberg (Kusel) Hausepidemie, je 4 Fälle; Maxhütte (Burglengenfeld) 4, Dorf Wörishofen (Mindelheim) 2 Fälle und 1 Typhoid. — Varicellen: Aerztl. Bezirk Hausham (Miesbach) 40 Fälle.

Influenza: Stadt Augsburg 26, Stadt Dillingen 17 (die Mehrzahl in einem Internate), Stadt und Bez.-A. Ansbach 16, ärztl. Bez. Erding 10 (nervöse Form, heftige Neuralgien), ärztliche Bezirke Vohburg und Geisenfeld (Pfaffenhofen) 11 etc.

Berichtigung: No. 44 S. 1048 Zeile 18 v. u.: bei Morbilli, Bez.-A. Rothenburg a/T. ist nach „Juli" zu setzen „1894".

☛ **Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das k. Statistische Bureau wenden wollen.**

Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.